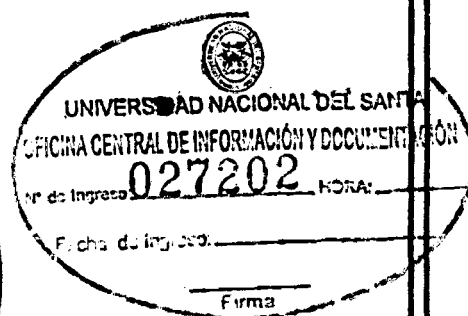




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



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



**NIVEL DE AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y CUMPLIMIENTO DEL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN
EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE
SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014**

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

TESISTAS:

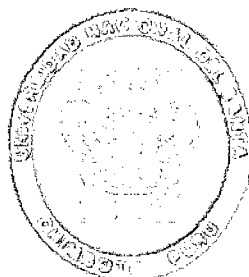
**Bach. Enf. ESPINOZA ALZAMORA, Shujai Katherine
Bach. Enf. OLIVERA ROJAS, Jimena Silvana**

ASESORA:

Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda Micaela

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2015**

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



REVISADO Y Vº Bº DE:

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Y. Rodríguez Barreto", is written over a horizontal line.

Ms. RODRÍGUEZ BARRETO, Yolanda Micaela.

ASESORA

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



Revisado y V° B° de:
JURADO EVALUADOR


Dr. Ponce Loza, Juan Miguel
PRESIDENTE


Ms. Melgarejo Valverde, Esperanza Doraliza
SECRETARIA


Ms. Rodríguez Barreto, Yotanda Micaela
INTEGRANTE

DEDICATORIA

A DIOS; por ser mi sostén espiritual y estar presente en el quehacer diario de mi profesión, por su infinita bondad y amor.

A mi Abuelo Gilberto por su sabiduría, amor, crianza con valores y por hacer florecer en mí el amor a mi profesión; para ti todo mi amor y respeto.

A mis padres Rosario y Gilberto que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis hermanas Magdalena y Francheska por ser parte importante de mi fortaleza, por obsequiarme dos hermosas sobrinas Hilary y Flavia, por tomarme como ejemplo para seguir adelante.

A mi novio Alexander, por saber esperar, comprender y apoyar mi profesión, por ser un amigo fiel y sabio, por sacrificar su tiempo y espacio por verme crecer como mujer y profesional.

JIMENA

DEDICATORIA

A DIOS; por ser el ser más importante en mi vida, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi Esposo Gino Cesar Mostacero Hidalgo y a mi querida hija Ariana Kasumi Mostacero Espinoza; Por ser mi motor y motivo y haber estado conmigo en todo momento, pero más que nada, por su amor.

A mis Adorados Padres Gladis Alzamora De la Cruz y Carlos Espinoza Villanueva y hermanas Carla y Carolyn; Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, ser una persona de bien.

SHUJAI

AGRADECIMIENTO

A esta casa superior de estudios Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, porque nos abrió las puertas a un mejor futuro y brindarnos la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella. Donde quedan nuestros recuerdos de estudios, amigos y aprendizaje para nuestro futuro.

A nuestras docentes, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que nos transmitieron durante nuestra formación profesional.

A los pacientes de la ESNP y CTB del Centro de Salud Progreso, que formaron parte del presente trabajo de investigación, quienes colaboraron a la realización del mismo.

A nuestra asesora, Yolanda Micaela Rodríguez Barreto por formar profesionales competentes permitiendo el desarrollo de la profesión de Enfermería con bases científicas, además de su tiempo y gran apoyo para la elaboración de esta tesis.

JIMENA Y SHUJAI

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO	27
III. METODOLOGÍA	35
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
4.1 RESULTADOS	45
4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1 CONCLUSIONES	57
5.2 RECOMENDACIONES	58
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01	
Cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	45
TABLA N° 02	
Relación entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	47
TABLA N° 03	
Relación entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	49

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA N° 01	Cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	46
FIGURA N° 02	Relación entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	48
FIGURA N° 03	Relación entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014	50

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo Correlacional y de corte transversal, basado en la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy con, el objetivo general conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014. La población estuvo conformada por 30 pacientes con tuberculosis (TB) del Centro de Salud "El Progreso"; para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Escala de valoración de autoestima, Cuestionario de Apoyo Social, Ficha de control sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso; el procesamiento de datos se realizó a través del paquete estadístico SSPS versión 20.0 y el análisis a través de la prueba estadística Chi cuadrado.

A través del resultado obtenido se llegó a las siguientes conclusiones: El 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple por lo tanto existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p= 0,0221$); Existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p= 0,0013$).

Palabra clave: Tuberculosis; autoestima; apoyo social

ABSTRACT

The present research descriptive correlational and cross-sectional overall, based on the Theory of System of Ludwing Von Bertalanffy. With the objective was to determine the relationship between self-esteem, social support and compliance with tuberculosis drug treatment Patient Health Center El Progreso. Chimbote, 2014. The population consisted of 30 patients with tuberculosis (TB) health center "Progress" for data collection instruments used: Rating Scale esteem, Social Support Questionnaire, Tab control over compliance antituberculosis drug therapy; Data processing was performed using the statistical package SPSS version 20.0 and analysis through the chi square test statistic. through the results was reached the following conclusions: 66.7 % of patients with tuberculosis meets ant tuberculosis drug treatment and 33.3 % not met; if there is significant relationship between self-esteem and their adherence TB ($X^2 = 11,4319$; gl. 2; $p= 0,0221$) ; If there is significant relationship between social support and compliance with tuberculosis drug treatment ($X^2 = 17,7265$; gl. 2; $p= 0,0013$)

Keyword: Tuberculosis; self-esteem; social support

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa prevenible y curable que se transmite por el aire. Los pacientes cuyos pulmones albergan bacilos de la tuberculosis pueden contagiar a otras personas cuando tosen (1). Uno de los aspectos más importantes en relación a la tuberculosis, es que es una enfermedad 100% curable y prevenible, sin embargo se ha convertido en la infección trasmisible más prevalente en los seres humanos (2). Cuando se detectan pronto y reciben un tratamiento completo, los pacientes dejan rápidamente de ser contagiosos y acaban curándose (1).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS): En el año 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En este mismo año se estima que 530 000 niños enfermaron de tuberculosis y 74.000 niños seronegativos murieron de tuberculosis; así como, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está sucediendo más lentamente; Brasil y China, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 45% (3).

En Norteamérica la tasa está por debajo de 10 casos/100.000 habitante y en Sudamérica varían, desde menos de 50/100.000 en los casos de Cuba, México, Argentina, Chile, C.Rica, Panamá, Colombia y Venezuela, a los más de 300/100.000 habitantes de Haití. Otros países se encuentran entre estos dos extremos, como Brasil, Surinam, Paraguay, Guatemala, Honduras y Nicaragua, con 50-100 casos/100.000 habitantes. Y Ecuador, Perú, Bolivia, República Dominicana y Guayana con 100-300 casos/ 100.000 habitantes (3).

En Asia los casos abordan los 100-300/100.000 habitantes en todo el Subcontinente indio y Sudeste asiático, y sube hasta más de 300/100.000 en Afganistán y Camboya. De los 5 países con mayor número de casos incidentes en 2010, 4 fueron países asiáticos: la India, China, Indonesia y Pakistán. Solamente en la India representaron aproximadamente la cuarta parte (26%) de todos los casos de tuberculosis en todo el mundo, y China e India juntas representaron el 38%. Destaca la drástica reducción en los casos de tuberculosis y muertes que se han logrado en los últimos años en China: entre 1990 y 2010 las tasas de prevalencia se han reducido a la mitad, las tasas de mortalidad se redujeron en casi un 80% y las tasas de incidencia de TB disminuyeron en un 3,4% anual (4).

En África la situación se sitúa en cifras de 100-300/100.000 habitantes en los países del norte y en más de 300/100.000 en el África subsahariana en general. En 2010 la OMS ha estimado una incidencia de 2,3 millones de casos nuevos en este continente, con un número asociado de 254.000 muertes, en Australia las cifras son bajas, de menos de 10 casos / 100.000 habitantes (4).

Según cifras del Ministerio de Salud (MINSA) la morbilidad por tuberculosis (número de casos nuevos) bajó de 106 a 101 por cada 100.000 habitantes en el 2013, con respecto al 2012. Pese a que han disminuido los casos nuevos de tuberculosis, el Perú todavía tiene casos antiguos que debe combatir. Según el MINSA, durante el año pasado se registraron 66 casos de tuberculosis extremadamente drogorresistente (XDR) y 1.200 casos de tuberculosis multidrogorresistente (MDR) en todo el país.

La tuberculosis es un problema principal que la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNP y CTB) de los diferentes centros de salud y hospitales del Perú deben afrontar (5).

Reflejando que el abandono del tratamiento antituberculoso, es el principal responsable de la disminución de la eficiencia de la ESNP y CTBC. Las actividades implementadas en el Perú para el control de la tuberculosis, basadas en la estrategia de Tratamiento de Corta Duración Directamente Observado (DOTS: Directly Observed Treatment Short Course), fueron reconocidas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001. Entre los países con una alta carga de TB, solo Vietnam y Perú, lograron cumplir con los objetivos de 70% de casos detectados y 85% de casos curados (6) (7).

A pesar de estos logros el abandono ha continuado siendo un problema para el programa de control de TB, la tendencia de cura y abandono en el año 2010 fue el 89.6% de pacientes curados y el 7.1% de abandonos, para el primer

trimestres del 2011 el abandono fue de 7.1%, cifras alarmantes, que llevan a priorizar intervenciones inmediatas (8).

Pese a que la TB tiene cura, cada año mueren millones de personas por esta infección, es sabido a la vez que el tratamiento farmacológico tiene un periodo largo de duración, cargado de efectos secundarios, que conllevan a que el paciente asista irregularmente al centro de salud, no porque no desea llevar sino por motivos a veces de discriminación, aspectos laborales, etc. Muchas veces este incumplimiento se tilda de conducta "irresponsable" sin conocer el contexto del paciente con tuberculosis (9), por ello que el entorno familiar juega un papel muy importante como red de soporte social durante el proceso de la enfermedad actuando como clima rehabilitador de la enfermedad, los cambios en la dinámica familiar del paciente son sumamente importantes y cruciales porque disminuyen el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones en los roles sociales y cotidianos, el autoestima es otro elemento revelador hacia actitudes positivas o negativas para el cumplimiento del tratamiento farmacológico (10).

Una de cada tres personas en el mundo está infectada con bacterias latentes de la tuberculosis, una tercera parte de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis*, de ellas, alrededor de 8.7 millones desarrollan la enfermedad. Los bacilos de la tuberculosis infectan a una persona cada segundo en todo el mundo. La enfermedad se presenta sólo cuando las bacterias están en división activa. Las bacterias pueden activarse como consecuencia de cualquier factor que reduzca la inmunidad, como la infección por

el VIH, el envejecimiento o determinadas afecciones. En general, la tuberculosis puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos de uso corriente (de primera línea) (1).

El tratamiento de los casos infecciosos de la enfermedad es la piedra angular del control efectivo de la Tuberculosis (TBC). El cumplimiento y terminación del tratamiento debe ser prioridad en cualquier programa; de hecho, algunos autores indican que si no es posible asegurar que el paciente tuberculoso complete el tratamiento, es preferible no iniciarlo dadas las graves consecuencias de la no adherencia, tanto en el ámbito individual, como colectivo. Dada su magnitud, el abandono del tratamiento constituye un importante problema para la salud pública. Identificar las condiciones que conllevan al no cumplimiento del tratamiento, se hace prioritario para definir estrategias efectivas de intervención. Son múltiples las razones para la pobre adherencia a un tratamiento y en especial para las de difícil adherencia; por ejemplo, algunas características particulares de los pacientes y hasta las propias del ambiente económico y social, influyen sobre todas las actividades de prevención y control de la Tuberculosis (9).

A pesar que la tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable, cada año se presentan aproximadamente 2 millones de muertes por tuberculosis. La principal razón para que un enfermo no cure es la no adherencia al tratamiento, por ello la estrategia desarrollada es la administración ambulatorio del tratamiento en forma totalmente supervisada, cuya denominación en inglés es *Directly observed Therapy short (DOTs)* (6).

La falta de apoyo social es un factor psicosocial que muchas veces guarda relación con el problema del abandono del tratamiento antituberculoso, el cual tiene connotaciones graves, como son: el deterioro físico del paciente por la enfermedad; la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana; la continuación de la propagación de la infección, y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Así lo muestran las investigaciones en donde la mayoría de pacientes que no percibió apoyo social evidencian mayor riesgo de asistencia (10).

A continuación se presenta las siguientes investigaciones relacionadas a las variables de estudio.

En el ámbito internacional se reportaron las siguientes investigaciones: relacionadas con las variables del presente estudio:

En México Heredia, M. Vargas, A. y Ángel, M. (2012), realizaron una investigación, que tuvo por objetivo explorar los determinantes sociales del paciente durante el tratamiento de la enfermedad, obteniendo como resultados que el 83.8% de los entrevistados pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, el 54.8% sabía muy poco o nada sobre la enfermedad y temía al rechazo de su familia o comunidad, además los fármacos causaron malestar en 80.6% de los pacientes y el 16.1% abandonó el tratamiento (11).

En Argentina Arrossi, S, Herrero, M. Greco, A. y Ramos, S. (2012) realizaron un estudio, en donde tuvieron por objetivo identificar las características

sociodemográficas de los pacientes y las características del tratamiento que influyen en la no-adherencia al tratamiento antituberculoso, donde los resultados mostraron que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). Estos resultados permitieron delinear un perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud (12).

En Ecuador Vinancia, J. (2002) señala que apoyo promueve la salud y alivia el impacto de la enfermedad. La red de apoyo tiene efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás y fomentando la autonomía (13).

En Colombia Orozco, S. (2002) reportaron que no haber informado a la familia aumentaba el riesgo de abandono en diez veces. Quiroga M. et al. Encontraron que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente aumentaba el abandono del tratamiento con un OR 56,19 (14).

En el ámbito nacional se encontró los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables de estudio:

En Trujillo Alfaro, B. y Alva, R. (2000), realizaron una investigación, cuyos objetivos fueron determinar el nivel de autoestima en las personas del programa

de control de la tuberculosis (TB), y establecer la relación entre la edad, grado de instrucción, situación laboral y nivel de información con el nivel de autoestima de las personas del programa. Esta investigación estuvo conformada por 30 personas que se encontraban recibiendo el esquema I de tratamiento de la TB, obteniéndose como resultado que la mayoría de estas personas (63.3%) poseen un nivel de autoestima baja. Además determinaron que existe relación entre las variables edad y grado de instrucción con el nivel de autoestima, caso contrario con las variables situación laboral y nivel de información (15).

En Trujillo García, V. y Gómez, S. (2000) realizaron un trabajo de investigación, cuyo objetivo fue establecer la relación existente entre el grado de apoyo familiar y el nivel de autoestima del adulto joven con tuberculosis pulmonar; obteniéndose como resultados que el mayor porcentaje (71.4 %) presenta un nivel de autoestima baja y además existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el grado de apoyo familiar de los adultos jóvenes con TB pulmonar (16).

En La Libertad Carranza, C. y Correa, L. (2005) realizaron una investigación que tuvo como objetivo general: Determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y autoestima sobre el cumplimiento del tratamiento antituberculoso, teniendo como resultados: que existe una proporción significativa de pacientes del centro de salud San José, Pacasmayo, que no cumplen con el tratamiento antituberculoso (23.7%), es decir uno de cada cuatro pacientes aproximadamente no cumple con el tratamiento. Además existe una asociación estadística entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento

antituberculoso ($p=0,0437$). A menor nivel de autoestima, aumenta la proporción de no cumplimiento del tratamiento antituberculosos. Con respecto al nivel de funcionamiento familiar no se asocia significativamente con el cumplimiento del tratamiento antituberculoso ($p=0,2706$). Sin embargo existen cinco veces más riesgo de no cumplir con el tratamiento si el paciente presenta un funcionamiento familiar inadecuado ($OR=5$) (17).

En Lima Pinedo, C. (2008) realizó una investigación el cual, tuvo por objetivo determinar los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso, identificando los factores propios del Paciente y los propios del servicio de salud. Los resultados obtenidos fueron que los factores propios del paciente se encuentran presentes en el 100% de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Respecto a los factores propios del Servicio de Salud están presentes en ambos grupos por lo que no se puede afirmar que condicionen el nivel de Adherencia en los Pacientes, en el grupo de No adherentes se encuentran presentes en un 100% y en el grupo de Adherentes en un 21.4%. Por lo que concluyó que los factores propios del paciente condicionan el nivel de adherencia al Tratamiento Antituberculoso (18).

En Lima Culqui, D. (2010) realizó una investigación que, tuvo por objetivo identificar factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso en el Perú, los resultados identificaron que los factores de riesgo para el abandono fue el presentar una edad entre 15 y 20 años ($OR=1.78/1.02-3.13$) o mayor de 40

años (OR=1.68/1.12- 2.51), el presentar un nivel de educación inferior: secundaria (OR=1.88/1.09-3.26), primaria (OR=2.46/1.24-4.86), así como presentar al menos 1 Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) (OR=1.67/1.09-2.54), el considerar al personal capacitado a medias (OR=1.63/1.06-2.52), así como el presentar el antecedente de abandono anterior (OR=7.06/4.32-11.53), así como manifestar disconformidad con la información recibida por el personal: considerar elemental (regular) la información recibida (OR=3.64/1.11- 11.88), mostrarse insatisfecho o muy insatisfecho con la información recibida (OR=5.38/1.33-21.73). Por lo que concluyó que es evidente que a pesar que existen muchos factores reconocidos en la bibliografía como factores de riesgo para el abandono de tratamiento, luego del análisis con la regresión logística, son solamente nueve los factores que podrían considerarse factores pronósticos de abandono de tratamiento (5).

En Lima Arriola, P. Castillo, T. y Quispe, G. (2011) realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar algunos factores asociados a la asistencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Programa de Control de Tuberculosis (PCT) en el Hospital de Puente Piedra y en Centro Materno Infantil Zapallal de Puente Piedra - 2008. Obtuvieron como resultados que del total de pacientes, el 39% presenta asistencia discontinua al PCT, los factores asociados a la asistencia discontinua son: hacinamiento (OR: 7,11); tipo de trabajo independiente (OR: 7,27); condición de trabajo eventual (OR: 9,60); ingreso económico bajo (OR: 4,04); falta de apoyo familiar (OR: 2,83), y falta de información básica sobre la enfermedad (OR: 7,00). Concluyeron que los factores asociados a la asistencia discontinua con mayor significancia fueron: hacinamiento, tipo de trabajo

independiente y eventual, no tener apoyo familiar, y no tener información básica sobre la enfermedad (19).

En el ámbito local se encontró los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables de estudio:

En Nuevo Chimbote Manrique, I. y Maza, J. (2006) realizaron una investigación que, tuvo por objetivo, conocer la relación entre el nivel de autoestima con algunos factores biosociales de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis. Obteniendo como resultados que existe una proporción significativa de personas atendidas con un nivel de autoestima baja (64.5%), es decir dos de cada tres personas presentan un nivel de autoestima baja. También algunos factores biosociales se relacionan significativamente con el nivel de autoestima de las personas con tuberculosis pulmonar, como sexo y el grado de apoyo social. La edad, situación laboral y tipo de tratamiento, tienen un comportamiento estadístico independiente con el nivel de autoestima de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis (20).

En Nuevo Chimbote Alva, G. y Jacinto, Z. (2010), realizaron un estudio que tuvo por objetivo general conocer la asociación entre autoestima y funcionamiento familiar con el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso. Obteniendo como resultados que el 72,4 % de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis presentó mayor frecuencia de cumplimiento del tratamiento farmacológico. El 40% de los pacientes presentan autoestima media y no cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso. El 53,3% de los

pacientes presentaron funcionamiento familiar inadecuado y a la vez no cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso (10).

En Nuevo Chimbote Miñano, J. y Vilca, R. (2014), realizaron un estudio que tuvo por objetivo determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y autoestima sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud "Yugoslavia". En donde obtuvieron como resultado que el 78,30% tienen familias muy funcionales, el 21,70% con familias moderadamente funcionales; El 56,50% tiene autoestima media y 34,80% autoestima alta y 8,70% autoestima baja. Respecto al cumplimiento el 73,90% cumplen con el tratamiento antituberculoso, mientras que el 26,10% no cumplen. Concluyeron que existe una asociación altamente significativa entre el funcionamiento familiar ($p=0.002$), el nivel de autoestima ($p=0.013$) y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso (21).

Según el informe operacional de TB, de la Red Pacifico Norte Ancash en el año 2012 se registraron 424 casos nuevos de pacientes con TB; además se presentaron un total de 36 pacientes por recaídas por primera vez, 6 pacientes con recaídas por segunda vez y 19 pacientes por abandonos recuperados; así mismo en la Micro Red El Progreso en el año 2012 se registraron 154 casos nuevos e pacientes con TB.

En el Centro De Salud El Progreso en el año 2012 se registraron 53 casos nuevos de pacientes con TB; además se presentaron un total de 7 pacientes por recaídas por primera vez y 3 pacientes por abandonos recuperados.

El interés por estudiar acerca de la TB pulmonar y la adherencia al tratamiento surge debido a la importancia del incumplimiento del tratamiento se valora en dos perspectivas la frecuencia y sus repercusiones. Algunos estudios han evaluado las cifras de incumplimiento en diversas patologías, tanto en procesos agudos como crónicos, presentado niveles siempre superiores al 30% y superando en algunos casos el 75%. Por otro lado, el grado de respuesta al tratamiento se encuentra relacionado con el grado de adherencia que cuentan las personas.

Ante la problemática antes descrita en líneas anteriores, motiva llevar a cabo el presente estudio, que consideramos ayudará a y permitirá tomar medidas asertadas sobre el paciente con TB y posteriormente intervenir los factores que influyen para el abandono de tratamiento, por tanto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ **Conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ **Identificar el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**
- ❖ **Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**
- ❖ **Determinar la relación entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**

1.2. HIPÓTESIS:

➤ **Hipótesis alternativa:**

Existe **relación significativa** entre el nivel de autoestima, apoyo social y el **cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**

➤ **Hipótesis Nula:**

No existe **relación significativa** entre el nivel de autoestima, apoyo social y el **cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014.**

El presente estudio de investigación es importante para la ciencia y la tecnología porque sus resultados fortalecerán y/o ampliarán los conocimientos acerca del cumplimiento tratamiento antituberculoso y su relación con el nivel de autoestima, apoyo social del paciente con TB; y de esta manera mejorar las estrategias de intervención ESNP y CTB en la atención monitorizada y supervisada al paciente con TB.

A los profesionales de la salud, especialmente al de enfermería porque ampliará sus conocimientos respecto a las variables de estudio fortaleciendo, su rol de liderazgo en los programas preventivos promocionales y el equipo multidisciplinario de la ESNP y CTB; por tanto garantizara que estas nuevas capacidades permitan transformar los servicios de salud hacia un enfoque integral.

Asimismo el presente estudio servirá como fuente bibliográfica o de referencia permitiendo desarrollar investigaciones que incluyan otras variables, de tal manera que nos permitan aproximarnos a conocer la problemática y por ende generar proyectos viables de intervención, elevando de este modo la calidad de vida del paciente.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la "Teoría de Sistemas" de Ludwing Von Bertalanffy (1968), teniendo como conceptos principales: el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento al tratamiento antituberculoso (22).

La palabra sistema se define como un conjunto organizado de elementos que actúan e interactúan coordinadamente formando un todo unitario y complejo, con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos (23).

Los sistemas se clasifican en: sistemas abiertos y sistemas cerrados. Los sistemas abiertos interactúan constantemente con el ambiente, intercambiando energía y materia a través de entradas y salidas, mantienen un juego recíproco con las fuerzas del ambiente y la calidad de su estructura es óptima cuando se organiza, aproximándose a una operación adaptativa. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto-organización. Por lo tanto, los sistemas abiertos no pueden vivir aislados (24).

Los elementos que componen un sistema son: el ambiente, la entrada, el proceso, salida, retroalimentación.

Ambiente: es el conjunto de circunstancias y/o condiciones externas e internas que influyen en un sistema. Tanto las entradas y su interacción van a estar relacionados a lo social, y cultural. Por lo tanto, el sistema y el ambiente se encuentran interrelacionados e interdependientes (25). El ambiente sirve como fuente de energía y materia de información para el sistema; para que este sistema sea viable y sobreviva, debe adaptarse al ambiente a través de una constante interacción, considerándose como un proceso dinámico y sensitivo. Para efectos de la presente investigación el ambiente se desarrolla en el Centro de Salud "El Progreso".

Entrada: Es todo elemento que un sistema recibe del medio ambiente que es necesario para funcionar, ningún sistema es autónomo. Pueden ser personas, información, factores psicosociales, creencias culturales, etc. Para efectos del estudio está representado en el nivel de autoestima y el apoyo social en el paciente con TB (26).

El nivel de autoestima, refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad, para enfrentar los desafíos de la vida, para comprender y superar los problemas y de su derecho a ser feliz. Es la manera como nos sentimos y pensamos de nosotros mismos y de los demás; es la confianza en nuestra capacidad para pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y la

confianza a nuestro derecho de triunfar y ser feliz y más aún ante un diagnóstico tan estigmatizado y discriminado por la sociedad como es la tuberculosis (26).

El nivel de autoestima se mide en nivel bajo, medio y alto; la autoestima baja es aquella valoración pobre de sí mismo, la cual se forma en el núcleo de la sociedad (la familia) durante los primeros años de vida; Reflejan sentimientos adversos hacia sí mismos, inestabilidad y contradicción; Autoestima medio, se caracterizan por ser sensibles a los demás y a sus necesidades, están dispuestos a aprender y cambiar, mantienen un actitud y aprecio positivos hacia sí mismo; sin embargo a veces es volátil, es decir revela la posibilidad de mantener una auto evaluación de sí mismo muy alta, pero en una situación dada la evaluación podría ser realmente baja; Autoestima Alta, se caracterizan por tener la habilidad de construir defensas ante la crítica y designación de hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables respeto de sí mismo, se valoran de sí mismo y presentan mayores aspiraciones, estabilidad, confianza y atributos personales (27).

La definición aportada por Lin (1986) concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Así, la referencia a "provisiones instrumentales o expresivas" destaca su carácter o dimensión funcional, aludiendo a las dos tipologías principales de apoyo social que se reflejan en la literatura. La puntualización de los aspectos "reales o percibidos" destaca su dimensión objetivo-subjetiva. Igualmente, también aparecen recogidos los tres niveles de análisis en cuanto al marco de procedencia del apoyo (28).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.) (29).

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son (Gallar, 2006):

a) Redes de apoyo social natural

- ✓ La familia.
- ✓ Amigos y allegados.
- ✓ Compañeros de trabajo.
- ✓ Vecinos.
- ✓ Compañeros espirituales (ej.: parroquias).

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad.

b) Redes de apoyo social organizado

- ✓ Organizaciones de ayuda al enfermo.
- ✓ Seguridad Social.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (29).

Proceso: Es el camino por el cual el sistema transforma, se crea y organiza los elementos de entrada dando como resultado la reorganización del ingreso, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados. El proceso caracteriza la acción de los sistemas y se define por la totalidad de los elementos empeñado en la producción de un resultado, en ella entran los insumos (entrada) y de ella salen cosas diferentes que son los productos (salida). Para efectos de la investigación, este elemento del sistema se encuentra constituido por la persona con tuberculosis que asiste a la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis del Centro De Salud El Progreso, quien según los elementos de entrada procesará y tomará la decisión acertada o no, es decir, una vez ingresado los insumos al sistema, interacciona para posteriormente obtener un resultado o producto (26).

La salida: Es el resultado que se obtiene al procesar las entradas (el nivel de autoestima y el apoyo social), las cuales deben ser coherentes con los objetivos del sistema. Al liberar energía, información o materia del medio ambiente durante el proceso se obtiene el producto o salida que en el presente estudio viene a ser el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso (26).

Para efectos de la investigación el resultado es cuando el paciente no asiste regularmente o presenta una falta durante su tratamiento farmacológico antituberculoso, se considera No Cumple y cuando el paciente asiste regularmente o no presenta faltas durante su tratamiento farmacológico antituberculoso se considera Si Cumple.

Por tanto, el nivel de autoestima y el apoyo social, de acuerdo como se relacionen con las habilidades del paciente y a su madurez de enfrentar el contexto de salud cumplirán o no cumplirán con el tratamiento antituberculoso.

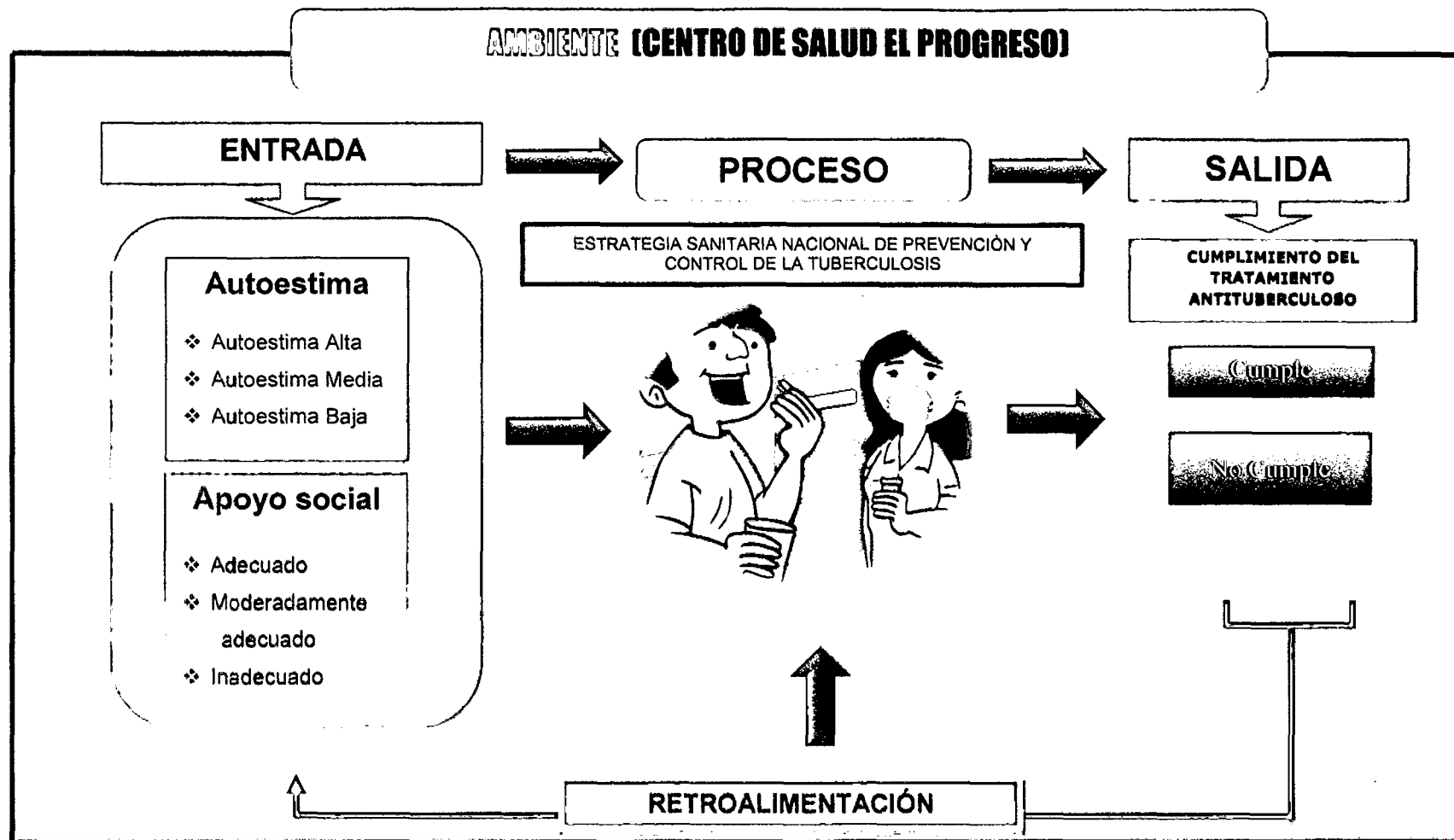
La retroalimentación: Se produce cuando las salidas del sistema vuelven a ingresar al sistema como recursos o información. La retroalimentación permite el control del sistema y que tome medidas de corrección en base a la información retroalimentada; además trata de mantener o perfeccionar el desempeño del proceso haciendo que su resultado este siempre adecuado al estándar o criterio escogido (26).

En relación a la investigación las personas con tuberculosis que presenta un cumple o no cumplen con el tratamiento antituberculoso ingresan de nuevo al

sistema para reforzar o modificar los elementos que se relacionan con los factores de entrada (el nivel de autoestima y el apoyo social), de esta manera se contribuye a mejorar y estabilizar el sistema.

Este abordaje teórico permite destacar la importancia de preservar el equilibrio, lo que se va satisfaciendo cada una de las partes del sistema; o de lo contrario, se produciría desequilibrio.

A continuación presentamos la propuesta esquemática adaptada a la presente investigación, con el objeto de contribuir en el saber científico de enfermería.



ESQUEMA BASADO EN LA "TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS" DE LUDWING VON BERTALANFFY (1968) ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACION

III. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

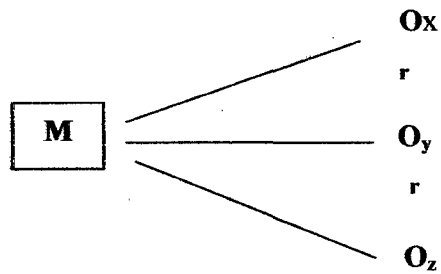
Según la naturaleza del problema, el presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal:

- ❖ **Descriptivo:** Porque para efectos del presente estudio, se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto.
- ❖ **Correlacional:** Porque determinó la relación que existe entre las variables independiente (nivel de autoestima, apoyo social) y variable dependiente (cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso).
- ❖ **De Corte Transversal:** Porque se identificó las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procedió a la descripción y análisis de los mismos.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio de esta investigación es no experimental o Descriptivo-Correlacional; se orienta a la determinación del grado de relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados. Además, se utilizó un solo grupo, con el objeto de medir, conocer y determinar la relación entre el nivel de autoestima, y el apoyo social con el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del

Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014, que corresponde al siguiente esquema:



Dónde:

M: Grupo de estudio (Paciente con TB)

O_x: Observación sobre el Nivel de autoestima

O_y: Observación sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso

O_z: Observación sobre el Apoyo social

r: Relación entre las variables estudiadas.

3.3. POBLACIÓN

a. Población

La población estuvo conformada por 30 pacientes con tuberculosis (TB) del Centro de Salud "El Progreso", Chimbote, 2014.

b. Unidad de análisis

Paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso.

c. Criterios de inclusión

- Paciente mayores de 18 años
- Paciente orientados en tiempo, espacio y persona
- Paciente con diagnóstico de TB, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud El Progreso.
- Paciente con diagnóstico de TB, con un tiempo de tratamiento mayor de 3 meses.
- Paciente que acepten participar de este estudio
- Paciente que no sean reincidente en abandono al tratamiento de TB.

d. Aspectos éticos

En el presente estudio de investigación se consideró los siguientes principios éticos:

- **Principio de Beneficencia:** "Actuar en beneficio del otro". En el presente estudio de investigación se benefició al paciente, debido a que los resultados permitieron al profesional de enfermería tomar medidas más acertadas en su orientación al paciente y dio pie en informar al equipo de la estrategia (10).
- **Principio de Autonomía:** Implica la "Capacidad de elección, libertad". En el presente estudio de investigación se respetó la decisión del paciente de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando

su consentimiento luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación (10).

- **Principio de Justicia:** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todos paciente participantes del estudio de investigación tendrán el derecho de conocer los resultados y recibir la consejería necesaria por igual (10).
- **Principio de no maleficencia:** Este principio se sustenta en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros y minimizar posibles riesgos en las personas⁷. Por lo tanto en el presente trabajo no habrá riesgos de vulnerabilidad ni daños para los participantes (10).

3.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

1) NIVEL DE AUTOESTIMA

Definición Conceptual:

Es la evaluación que la persona se hace habitualmente con respecto a si mismo y se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado o nivel en el cual el individuo cree en

sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno , condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna (el valor que le atribuimos a nuestro yo) y externa (el valor que creemos que otros nos dan) (21).

Definición Operacional: Para efectos del estudio los resultados se evaluaron por escala ordinal según los siguientes valores:

- Autoestima Alta
- Autoestima Medio
- Autoestima Baja

2) APOYO SOCIAL

Definición conceptual:

Es un intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo de incrementar el bienestar del receptor, en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración por parte de la familia, amigos, vecinos, comunidad, etc.; por lo que refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social (29).

Definición operacional: se midió en escala ordinal, considerando las siguientes categorías:

- Apoyo Social Adecuado
- Apoyo Social Moderadamente Adecuado
- Apoyo Social Inadecuado

B. VARIABLE DEPENDIENTE

3) CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Definición conceptual:

Es el grado de cumplimiento del paciente en la toma de medicamentos antituberculosos, bajo supervisión del personal capacitado.

Definición operacional: Se midió en escala de medición ordinal, con las siguientes categorías:

- Cumple
- No cumple

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

La Técnica que se utilizó fue la encuesta y el análisis de contenido, el que permitió obtener datos de las variables de estudio, aplicando los siguientes instrumentos:

A. Escala de valoración de autoestima (ANEXO N° 01)

Elaborado por Rosenberg (1965), modificado, validado y aplicado por Manrique y Maza (2005). Este instrumento consta de 18 ítems.

Teniendo la siguiente calificación:

a. Ítems positivos: 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 16, 18

- Siempre 4 puntos
- Casi siempre 3 puntos
- Algunas veces 2 puntos
- Nunca 1 punto

b. Ítems negativos: 1, 4, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 17

- Siempre 1 punto
- Casi siempre 2 puntos
- Algunas veces 3 puntos
- Nunca 4 puntos

Categorizando el puntaje total sería:

- Autoestima Alta: De 56 a 72 puntos
- Autoestima Medio: De 37 a 55 puntos.
- Autoestima Baja: De 18 a 36 puntos

B. Cuestionario de Apoyo Social (ANEXO N° 02)

Elaborado por las autoras en base al cuestionario MOS que fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo el MOS-SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social) (30).

Este instrumento consta de 19 ítems referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera:

- **Apoyo emocional/informacional** (ítems 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16 y 18)
- **apoyo instrumental** (ítems 1, 4, 11 y 14)
- **interacción social positiva** (ítems 8, 10, 13 y 17)
- **apoyo afectivo** (ítems 5, 9 y 19)

Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. También se puede

obtener una puntuación total donde mayor puntuación sería mayor apoyo percibido.

La calificación que se efectuó fue la siguiente escala nominal:

- | | |
|-----------------------|------------|
| ▪ Nunca | : 1 Puntos |
| ▪ Pocas veces | : 2 Puntos |
| ▪ Algunas veces | : 3 Puntos |
| ▪ La mayoría de veces | : 4 Puntos |
| ▪ Siempre | : 5 Puntos |

El máximo puntaje de la escala de apoyo social es 95 puntos y el mínimo es 19, siendo la calificación general de la siguiente manera:

- Apoyo Social Adecuado : De 71 a 95 puntos.
- Apoyo Social Moderadamente Adecuado : De 45 a 70 puntos.
- Apoyo Social Inadecuado : De 19 a 44 puntos.

C. Ficha de control sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso (ANEXO N° 03)

El presente instrumento elaborado en base a los requerimientos del tratamiento de la ESNP y CTB por los investigadores, para fines de este estudio consta de dos ítems, donde se consignó si cumple o no el

tratamiento farmacológico antituberculoso, en base al control de asistencia y recepción de medicamentos de los usuarios, que está escrito en el libros de registro y seguimiento de pacientes con TB del Centro de Salud El Progreso.

Tuvo una calificación de:

- **Cumple:** Cuando el paciente asiste permanentemente o no presenta faltas durante su tratamiento farmacológico.
- **No cumple:** Cuando el paciente no asiste o presenta una o más faltas durante su tratamiento farmacológico.

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

CONTROL DE LOS INSTRUMENTOS

❖ Prueba piloto

Se realizó con la finalidad de que el instrumento sea claro, preciso y entendible así como válido y confiable. Fue depurado en varias etapas antes de obtener la versión definitiva del mismo, y posteriormente sometida a una prueba preliminar de campo. Por otro lado, el pilotaje permitió también estandarizar el procedimiento de recolección de datos.

Se aplicó una prueba piloto a 10 pacientes con tuberculosis que estén dentro de los criterios de inclusión, pero que no estuvieron incluidas en la muestra.

❖ **Validez**

La validez fue medida a través del coeficiente de Pearson siendo mayor a 0.20: Apoyo social 0,627 y autoestima 0,473.

❖ **Confiabilidad**

La confiabilidad de los instrumentos se verificó a través de la prueba del coeficiente de alfa de Cronbach. Apoyo social 0,931 y autoestima 0,871

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos en el presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- **Se coordinó con la dirección del departamento de la escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa**
- **Se solicitó la autorización al jefe del Centro de Salud El Progreso, para su autorización y apoyo en el desarrollo de la Investigación.**
- **Se solicitó la autorización a la coordinadora de la ESNP y CTB, con el objeto de explicar sobre los objetivos del presente trabajo de Investigación y brinde la información requerida de la unidad de análisis.**
- **Se seleccionó las unidades de análisis que reúnan los criterios de inclusión.**

- Se realizó una breve orientación a los pacientes seleccionados sobre los objetivos así como explicar el desarrollo e importancia de la presente investigación.
- Luego se solicitó el consentimiento informado de los pacientes participantes.
- Luego de lograr una empatía con los pacientes se procedió a encuestar teniendo un promedio de 30 minutos para los dos instrumentos y en el periodo de 30 días.

3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS/info/software versión 20.0.

- ❖ **Descriptivo:** Los resultados están representados en tablas simples y de doble entrada, figuras, cifras absolutas y relativas.
- ❖ **Inferencia:** Se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios (Chi^2) para determinar relación de las variables de estudio, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014.

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO	f_i	hi
Cumple	20	66.7
No cumple	10	33.3
TOTAL	30	100.0

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO

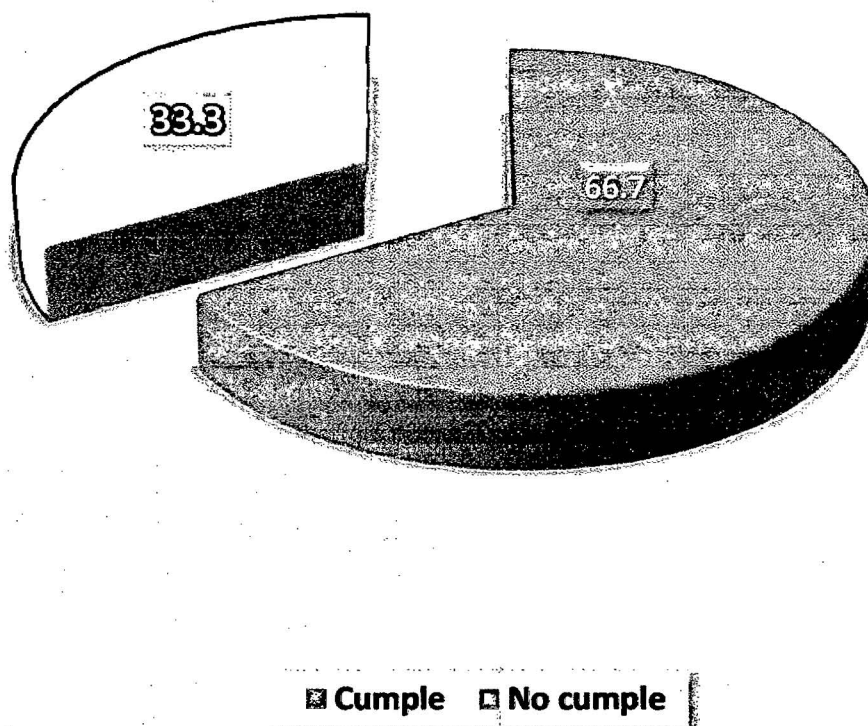
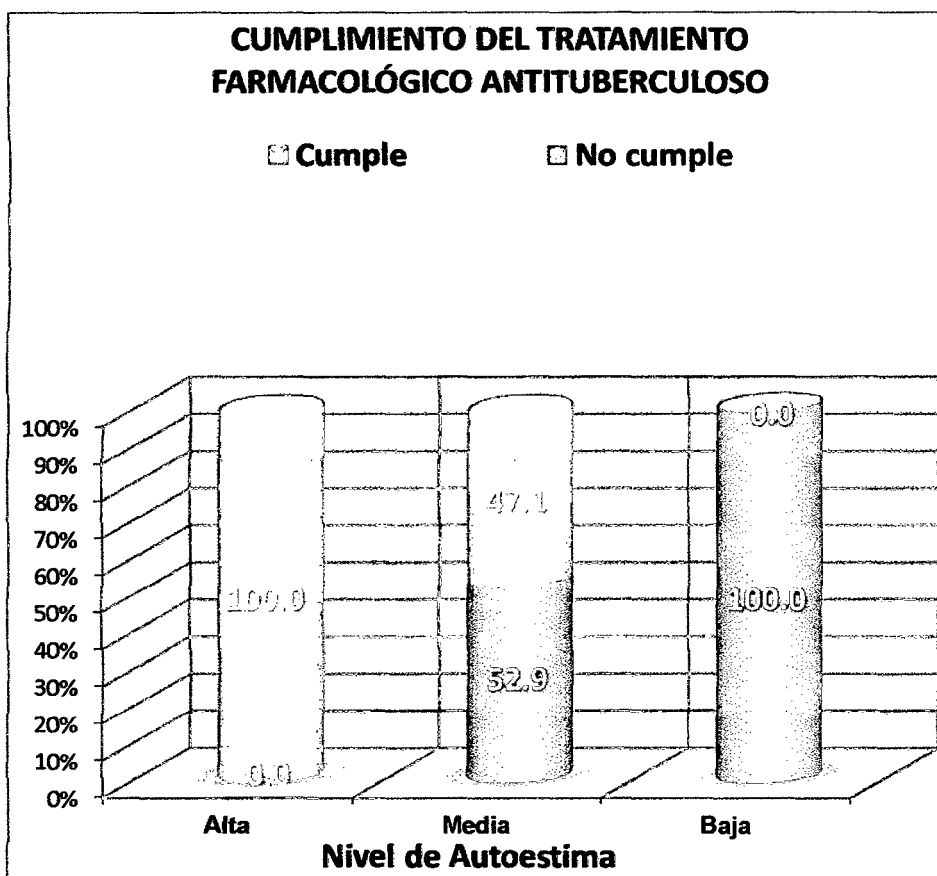


FIGURA N°01: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 02: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014

NIVEL DE AUTOESTIMA	Cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso				TOTAL	
	No cumple		Cumple		f_i	hi
	f_i	hi	f_i	hi		
Alta	0	0.0	12	100.0	12	40.0
Media	9	52.9	8	47.1	17	56.7
Baja	1	100.0	0	0.0	1	3.3
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100.0

$X^2 = 11,4319$; gl. 2; $p = 0,0221$ *Significativo*



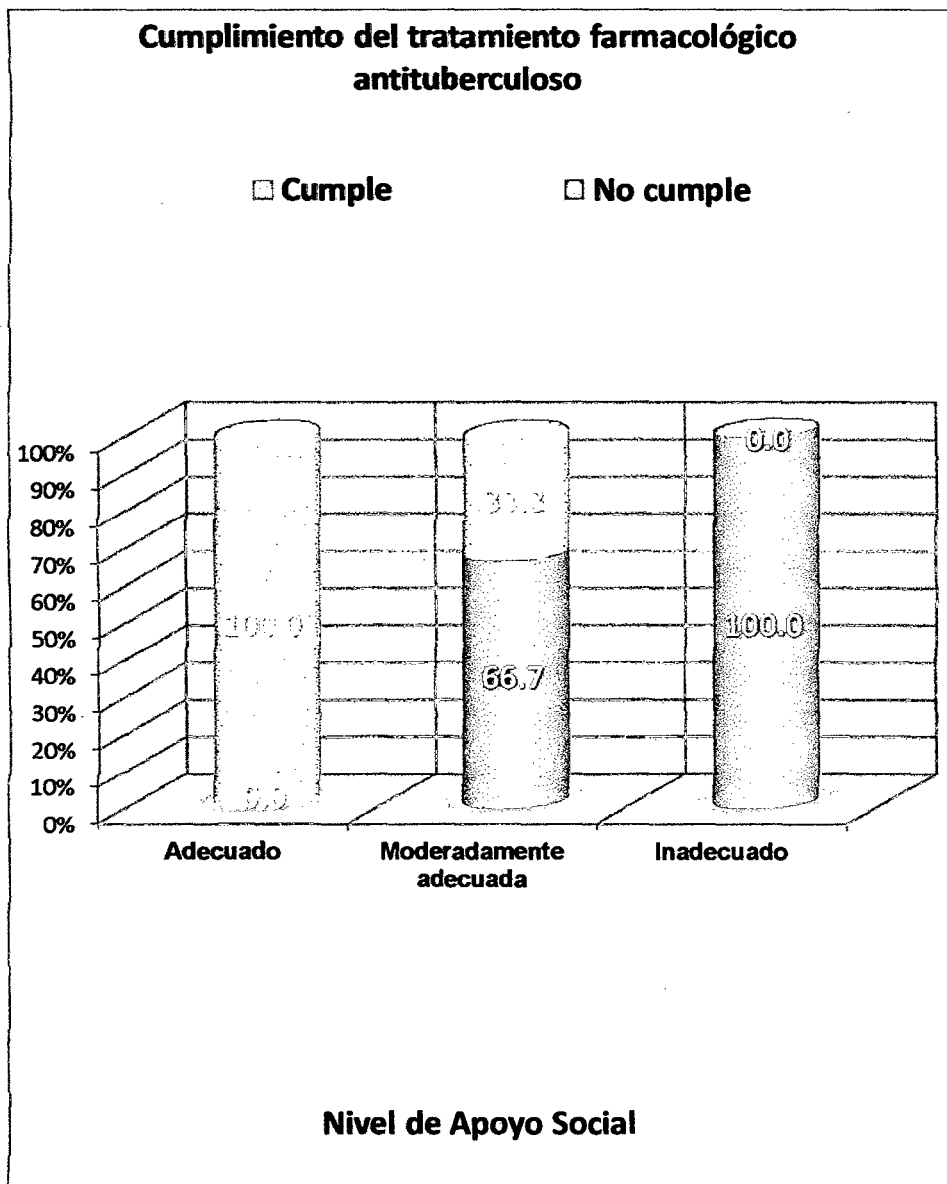
$X^2 = 11,4319$; gl. 2; $p = 0,0221$ *Significativo*

FIGURA N° 02: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 03: RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014.

APOYO SOCIAL	Cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso				TOTAL	
	No cumple		Cumple		f_i	hi
	f_i	hi	f_i	hi		
Adecuado	0	0.0	16	100.0	16	53.3
Moderadamente adecuado	8	66.7	4	33.3	12	40.0
Inadecuado	2	100.0	0	0.0	2	6.7
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100.0

$X^2 = 17,7265$; gl. 2; $p = 0,0013$ *Altamente Significativo*



$\chi^2 = 17,7265$; gl. 2; $p = 0,0013$ *Altamente Significativo*

FÍGURA N° 03: RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO EN EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD EL PROGRESO. CHIMBOTE, 2014.

4.2. ANALISIS Y DISCUSION:

En la tabla N° 1 se presenta el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis, en donde se evidencia que el 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso, sin embargo el 33.3% no cumple.

El resultado obtenido guarda relación con Miñano y Vilca (2013) quien a través de su estudio "Funcionamiento familiar y autoestima asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud Yugoslavia" obtuvo que el 73,90% de los pacientes cumplen con el tratamiento, mientras que el 26,10% no cumplen (21).

De igual manera coincide con los resultados encontrado por Alva y Jacinto (2010), quienes en su estudio sobre "Autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud Yugoslavia; Nuevo Chimbote" obtuvieron que el 72,4% de los pacientes si cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso, mientras que un 27,6% no cumplen con este tratamiento farmacológico (10).

El resultado obtenido muestra que más del 60% de los pacientes cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso, debido a la concientización de la población así como de las facilidades del estado al ofrecer un tratamiento antituberculoso gratuito, adicionando también, las continuas campañas de salud hacia los pacientes con TB y el seguimiento del personal de salud hacia

los pacientes con TB; esto probablemente se deba a las reacciones adversas de los medicamentos, además del tiempo prolongado que dura el esquema de tratamiento antituberculoso, aunado a ello el tiempo que invierten para desplazarse de su hogar al establecimiento de salud y de este a su trabajo, debido a que algunos pacientes trabajan en la mañana y el tratamiento es administrado en las mañanas por las enfermeras; además del estigma social que aún persiste, y el ausentismo laboral que algunos casos es obligatorio, para cumplir con sus controles.

La TB es una enfermedad de notificación obligatoria en la mayoría de los países. Los programas regionales o estatales de tuberculosis tienen la función de identificar los casos y potenciar que los pacientes comiencen el tratamiento apropiado y que cumplan un ciclo de tratamiento completo (31). Una medida básica de la práctica de los programas de tuberculosis es la tasa de tratamientos completados por los pacientes que comenzaron la terapia (32).

El cumplimiento terapéutico es complicado en la mayoría de las enfermedades infecciosas. Diversos estudios han mostrado que alrededor de un 30-35% de los pacientes no toma su medicación tal como se les ha indicado independientemente de las características demográficas del paciente, la clase social, el nivel cultural y el estatus profesional (33).

Asimismo los factores que sí afectan al cumplimiento son la duración del tratamiento, el número de medicamentos administrados, la frecuencia de su administración y la complejidad general del tratamiento. Es especialmente difícil

completar el tratamiento cuando su duración es larga e incluye múltiples medicamentos, sobre todo si producen efectos secundarios (31).

En la Tabla N° 02, se presenta la relación entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis, en donde 100% de pacientes con autoestima alta cumple con el tratamiento antituberculoso a diferencia del 100.0% de paciente con autoestima baja quienes no cumple con el tratamiento antituberculoso y los pacientes con autoestima media presenta una tendencia casi equitativa entre el cumplimiento (47.1%) y no cumplimiento(52.9%), siendo mayor en este último.

Ante la aplicación de la prueba estadística de independencia de criterios chi cuadrado ($X^2 = 11,4319$; gl. 2; $p= 0,0221$), se encontró que si existe una asociación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso.

El resultado obtenido, guarda relación con lo encontrado por Alva y Jacinto (2010), quienes en su estudio sobre "Autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud Yugoslavia; Nuevo Chimbote" obtuvieron que el 100% de pacientes con autoestima cumplen con el tratamiento farmacológico antituberculoso. Asimismo se encontró una asociación altamente

significativa entre el autoestima y el cumplimiento al tratamiento farmacológico antituberculoso ($X^2= 4.971$, $gl=1$; $p= 0.026$) (10).

De igual manera guarda relación con Carranza y Correa (2005), quienes realizaron un estudio sobre "Nivel de autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento antituberculosos en los pacientes del centro de salud San José, Pacasmayo, 2005", donde obtuvieron que existe una asociación altamente significativa entre el autoestima y el cumplimiento al tratamiento farmacológico antituberculoso ($X^2= 6,26$, $gl=2$; $p= 0.0437$) (17).

El resultado probablemente se debe a que los pacientes con autoestima media ante críticas, están susceptibles a aumentarla o disminuirla, repercutiendo con ello en la aceptación o negación de cumplir con el tratamiento antituberculosos, es por ello que esta variable debe estar motivada por otros factores que ayuden a elevar la autoestima del paciente a fin de poder recuperarlo tanto física, psicológica, como socialmente.

Esto es corroborado por Voli (1995), quien refiere que la autoestima baja del paciente con tuberculosis, experimenta sentimientos de desolación, sentimientos de pérdida del interés por vivir, aislándose de los demás, dejándose llevar por los prejuicios y por consiguiente la suma de todo lo anterior lo conlleva a no cumplir el tratamiento antituberculosos; sin embargo en otros pacientes suelen predominar sentimientos de esperanza, por lo cuales

están dispuestos a aprender y esforzarse en recuperarse, para adoptar un estilo de vida normal, por lo que se adhieren al tratamiento hasta lograr su completa recuperación (3).

En la tabla N° 03, se presenta la relación entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis, en donde se evidencia que el 100.0% de pacientes con apoyo social adecuado si cumple con su tratamiento antituberculoso, mientras que los paciente con apoyo social inadecuado no cumplen con el tratamiento.

Ante la aplicación de la prueba estadística de independencia de criterios chi cuadrado, se encontró que si existe una asociación significativa ($p=0,0013$) entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso.

El resultado obtenido es semejante con Arriola, Castillo y Quispe (2011) quienes a través de su estudio "Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento antituberculoso" obtuvieron que el 66.7% de pacientes sin apoyo familiar no asistían al tratamiento antituberculoso y el 70.2% de pacientes con apoyo familiar si asiste al tratamiento antituberculoso, así mismo obtuvieron que si existe relación entre apoyo familiar y la asistencia al tratamiento antituberculoso ($\chi^2= 0.0015$) (19).

La falta de apoyo social es un factor psicosocial que muchas veces guarda relación con el problema del cumplimiento al tratamiento antituberculoso, el cual tiene connotaciones graves, como son: el deterioro físico del paciente por la enfermedad; la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana; la continuación de la propagación de la infección, y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Así lo muestran las investigaciones en donde la mayoría de pacientes que no percibió apoyo social evidencian mayor riesgo de asistencia (29).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ El 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple.
- ❖ Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p=0,0221$)
- ❖ Existe relación significativa entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($p=0,0013$).

5.2. RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones del presente estudio son:

- ❖ El personal de salud del programa de control de tuberculosis, realice con mayor frecuencia talleres y charlas educativas al paciente y a su familia para que ambas se concienticen con el fin de que el paciente culmine satisfactoriamente su tratamiento, y no sienta ningún tipo de rechazo social.
- ❖ Que el personal responsable del programa de control de tuberculosis de los establecimientos de salud no solo tengan centrada la atención en la administración de medicamentos, sino además, el nivel de autoestima y el rol de apoyo de la familia de cada paciente, para garantizar el cumplimiento del tratamiento antituberculoso.
- ❖ El personal de salud del control de tuberculosis trabaje conjuntamente con todos los profesionales de salud encargados de la atención directa con el paciente de tuberculosis, especialmente del psicólogo.
- ❖ Seguir realizando investigaciones sobre los pacientes con tuberculosis, debido a que es un problema de salud pública, aunado a otras variables.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2012) Control mundial de la Tuberculosis Informe OMS 2012. [En línea]. http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/index.htm**
2. **BONILLA, C. (2008) Situación de la tuberculosis en el Perú. Acta Med Per 25(3), Vol. 25.**
3. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013) Control mundial de la tuberculosis - Informe OMS. Ginebra.**
4. **ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE SANIDAD EXTERIOR. (2013) Tuberculosis. Epidemiología y situación mundial. España: Asociación de Médicos de Sanidad Exterior.**
5. **CULQUI, D. (2010) Factores de riesgo para el abandono del tratamiento antituberculoso esquema I y II Perú Tesis para optar el grado académico de Magíster en Epidemiología. Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima.**

6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2002) Un Marco Ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. Geneva: Organización mundial de la salud.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CONTROL MUNDIAL TUBERCULOSIS. GENEVA. (2001) : Organización Mundial de la Salud..
8. ALARCÓN, A. (2012) Situación epidemiológica de la tuberculosis - Perú
Al primer semestre de 2012 Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de salud.
9. COLL, P. (2003). Fármacos con actividad frente a Mycobacterium tuberculosis. Enfm infecc Microbiol clin , págs. 299-308.
10. ALVA, G. y JACINTO, Z. (2010). Autoestima Y Funcionamiento Familiar Asociado Al Cumplimiento Del Tratamiento Farmacológico Antituberculoso En El Paciente Del Centro De Salud Yugoslavia; Nuevo Chimbote. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote.

11. **HEREDIA, M., VARGAS, A. y ÁNGEL, M. (2012) Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México 2012. México: Universidad Autónoma de Yucatán.**
12. **ARROSSI, S. HERRERO, M. GRECO, A. y RAMOS, S. (2012) Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires. I, Argentina: s.n., 2012, Salud colectiva, Vol. 8, págs. 65-76.**
13. **VINANCCIA, S. QUICEÑO, J. y FERNÁNDEZ, H. (2002) Calidad de vida relacionado con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de TBC. México: s.n.**
14. **OROZCO, R. CERRA, M. y CAMARGO, D. (1998). Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) para el tratamiento antituberculoso. Medicas UIS., Vol. 12, págs. 169 – 72.**
15. **ALFARO, B. y ALVA, R.(2000) Nivel de Autoestima en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar y Algunos Factores Socioculturales” Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad nacional de Trujillo, Trujillo.**
16. **GARCÍA, V. y GÓMEZ, S. (2000) Grado de Apoyo Familiar y Nivel de**

Autoestima del Adulto Joven con Tuberculosis Pulmonar. Centro Médico la Esperanza. EsSalud". Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.

17. **CARRANZA, C. y CORREA, L. (2005). Nivel de autoestima y funcionamiento familiar asociado al cumplimiento del tratamiento antituberculosos en los pacientes del centro de salud San José. Universidad Nacional del Santa. Pacasmayo.**
18. **PINEDO, C. (2008). Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de Prevención y Control de la Tuberculosis en el C.S. Fortaleza. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima.,**
19. **ARRIOLA, P., CASTILLO, T. y QUISPE, G. (2011) Factores asociados a la asistencia del paciente al tratamiento. Rev enferm Herediana., Vol. 4, págs. 86-92.**
20. **MANRIQUE, I. y MAZA, J. (2006) Algunos factores biosociales y su relación con el nivel de autoestima de las personas atendidas en el programa de control de tuberculosis del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote.**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote.

21. **MIÑANO, S. VILCA y R. (2013) Funcionamiento familiar y autoestima asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud Yugoslavia. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería Universidad Privada San Pedro. Nuevo Chimbote, 2013.**

22. **MARRINER, A. y RAILE, M. (2011) Modelos y teorías de enfermería. Barcelona : Elsevier-Mosby.**

23. **MORENO, M. (2011) ¿Qué es la Teoría General de Sistemas? [En línea] 2011. <http://www.elblogsalmon.com/conceptos-de-economia/que-es-la-teoria-general-de-sistemas>.**

24. **CATHALIFAUD, M. y OSORIO, F. (1998) Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio. Universidad de Chile. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 3 (1)págs. 1-12.**

25. **ARNOLD, M. (1989) Teoría de Sistemas, Nuevos Paradigmas: Enfoque de Niklas Luhmann. Revista Paraguaya de Sociología, Vol. 26 (2) págs. 51-72.**
26. **BERTALANFFY, V.(1976) Teoría General de los Sistemas. Mexico : Editorial Fondo de Cultura Económica.**
27. **CUTCLIFFE, J. (2010) Modelo de enfermería aplicación a la práctica. Mexico : Manual Moderno. pág. 275.**
28. **LIN, D. y ENSEL, W.(1986) Social support, life events and depression. Londres : Academic Press.**
29. **ESTRELLADURA, J. (1991) La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos Universidad de Valencia, Valencia : Revista de Psicología Social, 1991, Vol. 6.**
30. **COOPERSMITH, S. (1981) Manual of self-esteem inventory. California : Consulting psychologis.**
31. **RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TUBERCULOSIS (1995). Los componentes esenciales de un programa de prevención y control de la tuberculosis. 44. MMWR Recomm Rep., págs. 1-16.**

32. PATRICK, C., KAZANDJIAN, A. y VALLEJO, P. (2008) Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit*, Vol. 22, págs. 362-370.
33. VOLI, F. (1995) *La autoestima del profesor: Manual de Acción y reflexión.* España: Centro Internacional de Investigación Pedagógica de la autoestima.



ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de ítems acerca de cómo se siente o actúa según su grado aceptación. Marque con un aspa (X) la respuesta que considera conveniente, teniendo en cuenta la siguiente escala.

- S: Siempre
- AV: Algunas veces
- CS: Casi siempre
- N: Nunca

ITEMS	S	CS	AV	N
1. Se considera una persona diferente en relación a los demás, desde su enfermedad.				
2. Siente que tiene más virtudes que defectos				
3. Le gusta reunirse con otras personas				
4. Frecuentemente prefiere estar solo(a)				
5. Se siente con ánimo para realizar sus actividades normal				
6. Siente que sus amigos se han alejado desde que está enfermo(a)				
7. Trata de mantener el mismo estilo de vida a pesar de su enfermedad				
8. Se siente rechazado por la sociedad desde que está enfermo(a)				
9. Siente que lo valoran como persona en todo momento				
10. Tiene usted una actitud positiva hacia sí mismo(a)				
11. Le importa poco su presentación o aspecto personal				
12. Se considera una persona luchadora desde que contrajo la enfermedad				
13. Se inclina a pensar que es un fracaso				
14. Cuando se mira al espejo se siente desilusionado(a) por sus cambios físicos				
15. Se siente que no tiene de que estar orgulloso(a)				
16. Se siente satisfecho(a) consigo mismo(a) por lo que ha logrado hasta ahora				
17. A veces se siente inútil				
18. Se siente capaz de hacer las cosas tan bien como las demás				



QUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone: La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. Marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

- S: Siempre
- MV: Mayoría de veces
- AV: Algunas veces
- PV: Pocas veces
- N: Nunca

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	S	MV	AV	PV	N
1. Tiene alguien que le brinde información sobre su enfermedad.					
2. Tiene alguien con quien pueda hablar cuando lo necesite.					
3. Tiene alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
4. Tiene alguien que le lleve al centro de salud cuando lo necesita.					
5. Tiene alguien que le muestre amor y afecto.					
6. Tiene alguien con quién pasar momentos agradables.					
7. Tiene alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
8. Tiene alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.					
9. Tiene alguien que le brinde muestras de afecto.					
10. Tiene alguien n con quien pueda distraerse.					
11. Tiene alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
12. Tiene alguien cuyo consejo realmente desee.					
13. Tiene alguien con quien hacer cosas que le sirvan para afrontar sus problemas.					
14. Tiene alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está indispuesto.					
15. Tiene alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
16. Tiene alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
17. Tiene alguien con quién divertirse.					
18. Tiene alguien que comprenda sus problemas.					
19. Tiene alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.					



ANEXO N° 03

**FICHA DE CONTROL SOBRE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO ANTITUBERCULOSO:**

CODIGO DE PACIENTE:

Datos del Paciente

CUMPLE CON EL TRATAMIENTO

Sí No

Paciente asiste regularmente o no presenta faltas durante su tratamiento farmacológico antituberculoso

Sí No

Paciente asiste irregularmente o presenta faltas durante su tratamiento farmacológico antituberculoso.

N° de inasistencia



ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Yo..... doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este Consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, raza u origen étnico podrían ser usados según lo descrito de la Investigación en la que estoy participando.

Además puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de Consentimiento y que puedo pedir información de los resultados de éste estudio cuando haya concluido. Para esto puedo comunicarme con:

Bach. Enf. Jimena Silvana Olivera
Rojas
Cel.: 951919273
Email:
jimenaflavia_19@hotmail.com

Bach. Enf. Shujai Katherine
Espinoza Alzamora
Cel.: 950657303
Email: katy_14169@hotmail.com

Como prueba de Consentimiento Voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Firma del participante

Análisis de Confiabilidad- Validación

Escala: Apoyo social

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	10	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,931	10

Confiabilidad mayor de 0,71 Alfa de Cronbach

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	,933
VAR00002	,927
VAR00003	,928
VAR00004	,931
VAR00005	,926
VAR00006	,925
VAR00007	,930
VAR00008	,924
VAR00009	,926
VAR00010	,925
VAR00011	,926
VAR00012	,934
VAR00013	,923
VAR00014	,929
VAR00015	,923
VAR00016	,925
VAR00017	,923
VAR00018	,925
VAR00019	,934

Validación

Estadísticos de Validación

Coefficiente de correlación de Pearson (r)	N de elementos
0,627	10

Valido $r > 0.20$ correlación de Pearson (r)

	Correlación elemento-total corregida Pearson
VAR00001	,279
VAR00002	,637
VAR00003	,589
VAR00004	,394
VAR00005	,699
VAR00006	,758
VAR00007	,472
VAR00008	,764
VAR00009	,685
VAR00010	,767
VAR00011	,678
VAR00012	,393
VAR00013	,860
VAR00014	,604
VAR00015	,828
VAR00016	,739
VAR00017	,849
VAR00018	,714
VAR00019	,322

Análisis de Confiabilidad- Validación

Escala: Autoestima

Estadísticos de confiabilidad

Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,871	10

Resumen del procesamiento de los casos

Confiabilidad mayor de
Cronbach

	N	%
Válidos	10	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

0,71 Alfa de

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	,860
VAR00002	,881
VAR00003	,858
VAR00004	,863
VAR00005	,849
VAR00006	,900
VAR00007	,863
VAR00008	,866
VAR00009	,879
VAR00010	,846
VAR00011	,890
VAR00012	,846
VAR00013	,859
VAR00014	,850
VAR00015	,864
VAR00016	,853
VAR00017	,850
VAR00018	,854

Validación

Estadísticos de Validación

Coefficiente de correlación de Pearson (r)	N de elementos
0,473	10

Valido $r > 0.20$ correlación de Pearson (r)

	Correlación elemento-total corregida
VAR00001	,578
VAR00002	-,065
VAR00003	,623
VAR00004	,509
VAR00005	,844
VAR00006	-,206
VAR00007	,930
VAR00008	,583
VAR00009	-,402
VAR00010	,920
VAR00011	-,217
VAR00012	,920
VAR00013	,599
VAR00014	,884
VAR00015	,499
VAR00016	,744
VAR00017	,900
VAR00018	,695