

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**RELACION ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE
AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LA MICRORED
CONO SUR TACNA-2013**

TESIS

Presentada por:

Bach. Janet Fiorella Nina Condori

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA – PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**RELACION ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y EL NIVEL DE
AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LA MICRORED
CONO SUR TACNA-2013**

TESIS

Presentada por:

Bach. JANET FIORELLA NINA CONDORI

Aprobada por Unanimidad, ante el siguiente jurado

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA



Dra. Victoria Nora Velá de Córdova
PRESIDENTA



Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
JURADO



Mgr. Ruth Rosario Salinas Lunario
JURADO



Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes
ASESORA

Dedicatoria:

A Dios:

Autor y consumidor de mis días, el que me ciñe de fuerza, quien es mi fe y confianza. El camino más excelente a seguir. Por darme el ejemplo supremo de servicio y amor. Su amor me instiga a seguir perfeccionándome para brindar un mejor servicio a la persona, familia y comunidad.

A mis padres:

JUSTO y OLGA por su amor y apoyo incondicional. Por enseñarme a cambiar la angustia, por la esperanza; y el desaliento, por el bienestar. Por ayudarme a creer y crecer, para mirar siempre adelante, a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a cumplir este objetivo.

- ❖ A mi Directora de Escuela, la Sra. María Soledad Porras Roque, quien fue siempre su preocupación la formación de profesional con valores.
- ❖ A la Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes, por el asesoramiento continuo y recomendaciones, a lo largo del presente estudio.
- ❖ A los miembros del jurado que tuvieron a bien revisar el informe de tesis y brindarme sus valiosas orientaciones profesionales.
- ❖ A mis docentes de la Escuela de Enfermería, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome siempre el amor a Enfermería.
- ❖ A Manuel Poma La Torre, mi mejor amigo, por enseñarme a pensar con optimismo, e insistir positivamente hasta alcanzarlo, apoyándome en las promesas divinas.
- ❖ A mi hermana Ana Gabriela, por compartir conmigo los momentos más gratos de mi vida y los más difíciles, por darme ánimos para levantarme después de las caídas.

- ❖ A mis compañeras de promoción, por brindarme su amistad incondicional, por los momentos más alegres que vivimos, en el transcurso de la Universidad.

- ❖ A los profesionales de Salud, especialmente de Enfermería, del Programa de Prevención y control de la TBC de la Microred Cono Sur. Al C.S. San Francisco, P.S.5 de Noviembre, P.S. Viñani, P.S. Las Begonias y P.S. Vista Alegre.

- ❖ A los profesionales de Enfermería, del Programa de Prevención y control de la TBC del C.S. Ciudad Nueva y Cono Norte.

- ❖ A los pacientes que acuden al Programa de Control de la Tuberculosis de la Microred Cono Sur, por su colaboración en el llenado de las encuestas, entrevistas, en especial a Rogelia.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I:PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema	4
1.2. Objetivos	10
1.3. Justificacion	11
1.4. Formulación de la hipótesis:	15
1.5. Operacionalizacion de variables:	15

CAPÍTULO II:MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigacion.....	17
2.2. Bases teóricas	20
2.3 Definición de términos conceptuales	48

CAPÍTULO III:METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Material y Métodos.....	49
3.2. Población y Muestra	49

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.4. Procedimiento de recolección de datos	53
3.5. Procesamiento de datos	55

CAPITULO IV:DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	57
4.2. Discusion	67

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la Microred Cono Sur a los pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, durante el mes de noviembre del 2013, con el objetivo de determinar la relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes que acuden a la Microred Cono Sur-Tacna. Para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; tomando como unidades de estudio a 62 pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Para la selección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos el cuestionario de Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima en la Escala de Likert modificada, para la relación entre variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Los resultados obtenidos indicaron que el 61,3 % presentó un clima social desfavorable y el 45,2% mostró un nivel medio de autoestima; concluyéndose que existe relación estadística significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur. ($p < 0.05$)

Palabras clave: *Clima Social Familiar, Nivel de Autoestima, Paciente con Tuberculosis.*

ABSTRACT

This study was conducted in the Southern Cone Microred patients attending the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis, during the month of November 2013, with the aim of determining the relationship between the family and Mood self-esteem of patients who come to the South-Tacna Microred Cone. To this end a study of descriptive, correlational and cross-section was performed, using as units of study 62 patients with pulmonary tuberculosis. For data selection technique was used as the survey and questionnaire instruments as Family Social Climate and Level of Self-Esteem in the modified Likert scale, the relationship between variables for the statistical test Chi square test was used with 95% of driveability and significance of $p < 0.05$. The results indicated that 61,3% had an unfavorable social climate and 45.2% showed an average level of self-esteem, concluding that there is a statistically significant relationship between family social climate and self-esteem of patients with tuberculosis attending microred Southern Cone. ($P < 0.05$)

Keywords: *Family Social Climate, Self-Esteem Level, Patient with Tuberculosis.*

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, turgurización, desnutrición y demás determinantes sociales culturales, demográficos y ambientales.

La tuberculosis apareció a la par que la humanidad e insiste en quedarse a pesar de todos los esfuerzos médicos y de salud ambiental realizados por las naciones en el mundo. En las momias Paracas (Ica) que datan de 800 años después de Cristo, descubrieron presencia de tuberculosis, mucho antes de la llegada de los españoles. Actualmente el Perú es el tercer país en incidencia de esta enfermedad en Latinoamérica, luego de Haití y Bolivia. En el ranking nacional por regiones, Lima y Callao concentran el 58,7% de los casos de tuberculosis, mientras que Tacna se encuentra ubicada en el 4º lugar a nivel nacional.

Pero la tuberculosis no es el VIH Sida, es una enfermedad que se puede prevenir y tiene cura, pero son varios los factores que inciden a que ésta se haga fuerte en nuestros organismos, una en especial: la renuencia del paciente de terminar completamente el tratamiento facultativo prescrito, el poco apoyo de los familiares de ayudar en el

propósito de cura, desmoralización de la persona por la enfermedad; así los tratamientos pueden durar varios meses según sean: casos nuevos (6 meses), recaídas (8 meses) y para los casos con TB multidrogorresistentes (hasta 24 meses).

La familia debe constituir el soporte social inmediato del paciente de tuberculosis, sin embargo la idiosincrasia y creencias de las personas, pocas y sin fundamento científico, hace que se excluya al paciente dentro del ámbito familiar. No permitiéndoles a muchos de ellos socializar con sus seres queridos, permaneciendo aislados y solos durante el cumplimiento del tratamiento, sabiendo hoy en día que la tuberculosis tiene cura. Es allí cuando el paciente de tuberculosis necesita aún más el apoyo emocional y moral de sus familiares, para mantener una postura segura y para el afronte de la enfermedad.

Vivir solos con tuberculosis, afrontar solos el tratamiento, abandonar un trabajo, limitarse a familiarizar con amigos, vecinos y familia, son situaciones que hace que muchos pacientes de tuberculosis tengan un sentimiento de culpa, baja autoestima, ansiedad, temor, frustración. Es por ello que la enfermera debe ser hábil en identificar estas conductas de riesgo, que le permitan ejecutar actividades preventivas promocionales dirigidas al paciente, familia y comunidad con el fin de

prevenir complicaciones como enfermedades mentales, depresión, e incluso llegar al suicidio.

El presente trabajo está organizado de la siguiente manera: en el capítulo se describe el planteamiento del problema, aquí se hace referencia de los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. En el segundo capítulo de marco teórico; se desarrolla los antecedentes de la investigación, bases teóricas. En el tercer capítulo de metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. Y el cuarto capítulo de los resultados consta de resultados y discusión. Al final del trabajo se desarrollan también las respectivas conclusiones y las recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad muy contagiosa que es causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que pertenece al género *Mycobacteriaceae* del orden *Actinomycetales*, que ataca de preferencia a los pulmones.⁽¹⁾

En la actualidad es uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia social, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las enfermedades que afecta aproximadamente un tercio de la población mundial; además es la segunda causa mundial de mortalidad, después del Sida.⁽²⁾

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 importante en los seres humanos.⁽³⁾

La OMS asevero que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado, ni pueden transmitir la infección.

(4)

Se estima además, que del 50% de los enfermos de tuberculosis que no reciben tratamiento, fallecen en el curso de los cinco años siguientes al diagnóstico; permaneciendo en estado infectante durante esos años. Por cada año de enfermedad activa, se infectan en promedio de 10 a 15 personas, contactos del caso índice (familiares, amigos, vecinos). De los infectados, a su vez, un 10% enfermará de tuberculosis. (5)

La OMS el 2012 reportó 8,6 millones de personas que 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 44 años. En el 2009, unos 10 millones de niños quedaron huérfanos a consecuencia de la muerte de los padres por causa de esta enfermedad. (6)

La Organización Panamericana de Salud (OPS), estima que en las Américas hubo unos 268,000 casos nuevos de tuberculosis y unas 30,000 muertes incluyendo a personas con VIH/sida. Sin embargo, se calcula que en el mismo período no se diagnosticaron unos 60,000 casos nuevos de tuberculosis, la mayoría de ellos en zonas urbanas. ⁽⁷⁾

En Perú el año 2012, la tuberculosis afectó a 32 145 peruanos, esta cifra es menor a la registrada en el 2011, destacó la Ministra de Salud. A través de un comunicado ella resalto que del 2011 al 2012, el número de casos se redujo de 32 703 a 32 145; sin embargo, considero que la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública, que exige una respuesta integral del Estado, empresas privadas, sociedad civil y población en general. ⁽⁸⁾

En Tacna, en el 2012, se reportaron la mayor tasa de incidencia con 101,4 x 100,000 habitantes y al interior de su territorio, el Distrito Gregorio Albarracín es el segundo con alta tasa de incidencia (65 x 10,000 habitantes). En el mapa epidemiológico se ubica en el estrato de alto riesgo, no solo por las incidencia de casos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, sino porque es uno de los distritos que más casos de Tuberculosis MultidrogoResistente

(TB MDR) y Extremadamente Resistente (TB XMDR) reporta en la Región Tacna.⁽⁹⁾

La enfermedad suele generar en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus redes sociales), educativa (dejar de estudiar o disminución del rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa), generadas usualmente por la estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona viviendo con tuberculosis. El mayor o menor impacto que estas alteraciones tienen en el paciente son también factores que influyen la continuidad en el tratamiento.⁽¹⁰⁾

El impacto emocional en los pacientes, especialmente en el momento de ser informados del diagnóstico positivo, es grande. Los sentimientos son de: negación, de rechazo, temor, frustración, rebeldía y vergüenza. Es frecuente la angustia y la depresión, estando asociada ésta a factores como: desgano vital, alteración del sueño, fatiga, baja autoestima, indecisión, sentimientos de culpa y podría tener incidencia en la misma evolución de la enfermedad y en el proceso de recuperación, influyendo en la adhesión al tratamiento.

La cantidad de pastillas para el tratamiento de todos los tipos de tuberculosis, es uno de los primeros motivos de desaliento que sufren los pacientes, que en el caso de carecer de apoyo familiar y social, se convierten en limitantes para afrontar el tratamiento. ⁽¹¹⁾

Seguir el tratamiento es difícil, no solo porque implica una constancia en la ingesta de pastillas o porque se interrumpa la vida cotidiana sino también, porque el cuerpo se deteriora y debilita en muchos aspectos (por ejemplo se genera cansancio, desgano, se pierde la fortaleza, la energía, etc.) más aún cuando se trata de la Tuberculosis Multidrogorresistente. Este factor es importante y pocas veces contemplado como parte del abandono del tratamiento de un paciente, especialmente en los pacientes que pertenecen a condiciones más humildes y pobres. ⁽¹²⁾

Por ello, el profesional de salud debe saber qué significa la enfermedad para la persona, cuáles son las reacciones, dificultades, sentimientos y necesidades que genera la enfermedad, qué se espera de ellos como pacientes y cómo deben responder para poder establecer una verdadera relación terapéutica. La atención debe ser holística, los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida. ⁽¹³⁾

Durante mis prácticas pre – profesionales en la rotación por el Programa de Control de la Tuberculosis en el C.S. San Francisco. Al brindar la atención en dicho centro de salud, observé a muchos de ellos cabizbajos, temerosos y al interactuar con ellos con respecto a cómo se sentían como pacientes con Tuberculosis referían “mal, “quedare más flaco de los que estoy”, “Acá entramos con miedo, porque pueden reconocernos algún vecino, amigo, y todos se enteran”, “con temor a ser yo mismo, hablar mucho, reírme a carcajadas, limitarme a ser quien era, es algo como que te degrada”.

Además manifestaban sentirse tristes, preocupados debido a que la enfermedad les genera cambios en su vida, tanto en lo laboral, como profesional; así también se genera un impacto en la familia.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.
- Identificar las características del clima social familiar de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.
- Establecer la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

1.3 JUSTIFICACION

Siendo la Tuberculosis un problema de gran magnitud, considerada un problema de Salud Pública de mayor relevancia, es importante y necesario profundizar como afecta en la calidad de vida de la persona.

La discriminación por esta enfermedad infecciosa adquiere mayor injusticia, ya que los riesgos de contagio bajo la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS) son muy bajos y la persona puede desempeñar sus funciones y actividades sociales/laborales en algunos países de manera normal. Un gran porcentaje de las personas con tuberculosis es joven, es decir, se hallan en la edad económicamente productiva y en casi todas las comunidades la pérdida de la aptitud para tener un empleo es devastadora, parecida a la pérdida misma de la vida.⁽¹⁵⁾

El estigma social, que emerge del temor al contagio, empeora las circunstancias que de por sí son difíciles para los pacientes. La aparición de tuberculosis activa, está asociada a diversos factores, sin embargo la sociedad culpa al enfermo por “no haberse cuidado”.⁽¹⁶⁾

En vez de aceptar su enfermedad, los pacientes se sienten culpables y avergonzados. Lamentablemente, muchas veces sus familias no los comprenden empáticamente y por lo tanto no les ofrecen el soporte emocional que necesitan.⁽¹⁷⁾

En la Conferencia de Alma Ata 1978, se retoma a la familia como ente de gran importancia en la Atención de Salud ya que constituye un componente estratégico que puede ser explotado por los profesionales de la salud en especial por Enfermería, ya que la enfermera debe trabajar con el actual Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual relaciona al individuo, familia y entorno social como un todo, haciendo énfasis en el nivel preventivo del área de Salud Mental generando estrategias adecuadas en este nivel con el fin de evitar enfermedades mentales.⁽¹⁸⁾

En este marco la situación del enfermo se torna crítica ya que como es de conocimiento que la enfermedad física va acompañada de trastornos psicológicos afectando su estado emocional (autoestima), las cuales frecuentemente son acompañadas por la desmoralización y trastorno depresivo, limitando su interacción social.

La cual la familia; constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad.

En este contexto el profesional de enfermería tiene un papel protagónico e importante en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, ya que como agente de cambio y líder en el área preventivo – promocional tiene como rol brindar atención al paciente y familia utilizando como herramienta el MAIS, identificando oportunamente las conductas de riesgo con el fin de prevenir complicaciones como enfermedades mentales (depresión), adoptando medidas de promoción de la salud orientadas al fortalecimiento de la autoestima del paciente y a promover un clima social familiar favorable. Obteniendo como resultado un mejoramiento en la calidad de vida

Se observa con mucha frecuencia que el paciente además de no saber cómo enfrentar su enfermedad, no tiene un entorno social inmediato adecuado; existiendo mayor riesgo a presentar cuadros depresivos lo que conlleva a un abandono en el tratamiento, ocasionando así las recaídas en el tratamiento o resistencias a los medicamentos e incluso la muerte en estados depresivos

avanzados; en consecuencia la prolongación del tratamiento y pérdidas económicas al país.

Por lo tanto es importante conocer hasta qué punto se relaciona el clima social familiar con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis.

1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

H_0 : No existe relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

H_A : Existe relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

1.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable Independiente:

Clima Social Familiar de los pacientes con Tuberculosis

Variable Dependiente:

Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable Independiente: Clima Social Familiar de los pacientes con Tuberculosis	Son las características socio ambientales de la familias, en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y en su estructura básica en referencia a su estabilidad.	Clasificación del CSF <ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Medianamente favorable • Desfavorable Dimensión Relaciones: <ul style="list-style-type: none"> -<u>Cohesión:</u> -<u>Expresividad</u> -<u>Conflicto:</u> Dimensión Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> -<u>Autonomía</u> -<u>Social</u> -<u>Recreativo</u> Dimensión Estabilidad: <ul style="list-style-type: none"> -<u>Organización</u> -<u>Control</u> 	según escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> - De 96 a 132 - De 83 a 95 - De 35 a 82 Ítems: <ul style="list-style-type: none"> Entre 1,8,11,15,22,29 - Entre 2,23,30 - Entre 3,9,10,17,24 Ítems: <ul style="list-style-type: none"> - Entre 4,16,25,26,31,32 - Entre 6,13,20,27 Ítems: <ul style="list-style-type: none"> - Entre 5,12,19,28 - Entre 7,18,14,21 	Ordinal
Variable dependiente: Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur	Es la medida en que una persona se aprueba y se acepta a si mismo. Se le considera dignade elogio, ya sea de una manera absoluta o en comparación con otros.	Clasificación de la autoestima: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto Dimensiones de la Autoestima <ul style="list-style-type: none"> -<u>Afectiva</u> -<u>Cognitivo</u> -<u>Social</u> 	según escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> - De 13 28 - De 29 a 41 - De 42 a 52 Ítems: <ul style="list-style-type: none"> 1,5,7,8,10,12 13 2,3,4,6,9,11 	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

HUANCO C. (2004); realizó un estudio del “Nivel de Autoestima de los pacientes del Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto - Duksil” Lima-Perú 2004. El objetivo fue determinar el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis. La población estuvo constituida por todos los pacientes del Programa que suma un total de 21. El método utilizado fue descriptivo exploratorio. El instrumento que utilizo fue un formulario tipo cuestionario y la escala de Cirilo Vargas Toro. Una de las conclusiones más importantes fue: El 56% de los pacientes tienen una autoestima alta positiva y un 44% tienen una autoestima baja positiva, alta negativa y baja negativa.⁽¹⁹⁾

ROJAS P. (2005); realizó un estudio sobre “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el CS. Tablada de Lurín” Lima-Perú 2005. El objetivo trazado fue determinar las actitudes de la familia hacia el diagnóstico y

tratamiento de la tuberculosis pulmonar. La población estuvo conformada por 16 familiares. El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Una de las conclusiones importante fue: Existe un porcentaje (62,5%) considerable que tiene una actitud con grado de intensidad de aceptación seguido de una actitud con grado de intensidad de indiferencia (37,5%) hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar.⁽²⁰⁾

BALDEÓN N. (2006); realizo un trabajo de investigación titulado: “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín - Villamaria del triunfo” Lima-Perú 2006, encontrándose: una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis, al existir una correlación estadística y manual entre las dos variables, lo que deduce que cuanto más favorable se muestra el clima social familiar mayor será el nivel de autoestima en el paciente, lo cual enfatiza que la familia juega un papel importante como ente de apoyo emocional en el desarrollo de la autoestima del paciente con tuberculosis.

El nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de manera global es de medio a bajo (83%), evidenciándose un porcentaje mayoritario siendo susceptible a una inadecuada capacidad de afronte a las situaciones adversas ejerciendo efectos negativos sobre la salud física y la respuesta ante el tratamiento medicamentoso.⁽²¹⁾

GALARZA C.(2012); realizo un estudios de investigación denominado “Relación entre el nivel de habilidades sociales y elclima social familiar de los adolescentes de la I.E. Fe y Alegría N°11”, Lima Perú 2012. El tipo de investigación utilizada es de enfoque cuantitativo cuyométodo es descriptivo correlacional de corte transversal, la población estuvo constituida por 485 alumnos del nivel secundario del centro educativo Fe y Alegría 11, aplicándose el instrumento de la Escala de Clima Social Familiarse evidenció que la mayoría de estudiantestienen un clima social familiar de medianamente favorable a desfavorable, lo cual indica que no cuentan con un adecuado soporte ni dinámica familiar para el afronte de los problemas propios de su edad.Concluyéndose que mientras mejor se halla el Clima Social familiar, mayor probabilidad de que el alumno pueda desarrollas sus habilidades sociales.⁽²²⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

Según las entrevistas realizadas a los pacientes que acuden al programa de Prevención y Control de la tuberculosis de los diferentes Centros y Puesto de Salud, al interactuar con ellos, la gran mayoría manifestaba, que los miembros de su familia al enterarse del diagnóstico, empezaba un cambio hacia el trato del paciente, mostrando indiferencia por el temor al contagio. Un buen porcentaje de los 62 encuestados manifestaba que eran conscientes de la cura de la enfermedad, pero se sentían muy tristes y preocupados en su pronta recuperación, para “poder insertarse en la familia”, “ser útil como miembro en su hogar”, siendo estos miembros de una familia.

El temor al contagio, empeora las circunstancias que de por si empeoran el afronte del tratamiento y su cumplimiento. La familia debe asumir el rol rehabilitador y así disminuir la carga psicología, que muchas veces es más indispensable para el paciente que el cumplimiento del tratamiento.

FAMILIA

La Constitución Política del Perú, en su artículo 4°, reconoce a la Familia como una institución natural y fundamental de la sociedad, es su unidad básica primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social. ⁽²³⁾

Según el MINSA, familia saludable es aquella en la que sus miembros se encuentran en la búsqueda continua de su bienestar físico, psíquico, social y mantienen condiciones favorables para preservar y fomentar su desarrollo, respetando su dignidad, sus expectativas y sus necesidades; viven resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus miembros y en un entorno saludable, siendo además responsables de sus decisiones individuales y familiares, promoviendo principios, valores y actitudes positivas para la vida. ⁽²⁴⁾

CLIMA SOCIAL FAMILIAR

El clima social familiar son las características socio-ambientales de todo tipo de familias, en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y en su estructura básica en referencia a su estabilidad. ⁽²⁵⁾

El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente tuberculoso recibe apoyo, si en este núcleo hay desintegración y se margina a la persona enferma, se le hace sentir inútil y culpable, el paciente enfermo por tuberculosis se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento.

La familia es un determinante definitivo del bienestar, actúa como estructurador del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas. El ambiente ha sido estudiado como clima social familiar, considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad. Una elevada cohesión, expresividad, organización, participación en actividades intelectuales e importancia atribuida a

las prácticas y valores de tipo ético o religioso, así como niveles bajos en conflicto, demuestran una elevada adaptación social y emocional general en sus miembros.⁽²⁶⁾

Características de la psicología ambiental

Kemper, S. (2000) hace una breve descripción del trabajo de Claude Levy 1985 al enfocar las características de la psicología ambiental. Refiere que estudia al hombre- Medio Ambiente en un aspecto dinámico, afirma que el hombre se adapta constantemente y de modo activo al medio donde vive, logrando su evolución y modificando su entorno da cuenta de que la psicología del medio ambiente se interesa ante todo por el ambiente físico, pero que toma en consideración la dimensión social, ya que constituye la trama de las relaciones hombre y medio ambiente; el ambiente físico que simboliza, concretiza y condiciona a la vez el ambiente social.

Asimismo sostiene que el ambiente debe ser estudiado de una manera total para conocer las reacciones del hombre o su marco vital y su conducta en el entorno. Afirma que la conducta de un individuo en su medio ambiente no es tan solo una respuesta a un hecho y a sus variaciones físicas; sino que este es todo un campo de posibles estímulos.⁽²⁷⁾

Clasificación del Clima Social Familiar

- **Favorable:**

La familia se comunica en forma libre, la interacción conflictiva que la caracteriza es propia. Permitiendo la autonomía de cada uno de sus miembros, fomentando el desarrollo personal, que pueden ser cimentados por la vida común entre sus miembros.

- **Medianamente Favorable:**

Son Familias con riesgo a una tendencia desfavorable, existen momento donde los miembros pueden querer estar unidos como familia, pero los conflictos propios de las familias hace que se mantengan alejados los miembros uno de otros, no pudiendo afrontar un problema de gran magnitud.

- **Desfavorable:**

Existe libertad sin límites, en los miembros de su familia. Se caracteriza porque las familias son extremadamente autoritarias o permisivas. No permitiendo el desarrollo y formación de la persona.

Dimensiones del Clima Social Familiar:

Rudolf H. Moos, clasifica el clima social familiar en las siguientes dimensiones:

a. Relaciones

Es el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Está integrada por tres características:

- **Cohesión:** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre si.
- **Expresividad:** Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente sus sentimientos.
- **Conflicto:** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

b. Desarrollo:

Evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Comprende las siguientes características:

- **Autonomía:** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- **Social – Recreativo:** Grado de participación en diferentes tipos de actividades.

c. Estabilidad:

Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen los miembros de la familia sobre otros. Lo forman dos características:

- **Organización:** Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control:** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

En este ámbito el entorno familiar juega un papel muy importante como red de soporte social durante el proceso de la enfermedad actuando en un clima social rehabilitador de la enfermedad. Los cambios en la dinámica familiar del enfermo son

sumamente importantes y cruciales porque inciden en el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones objetivas de la vida cotidiana (disminución de los roles sociales) y las que ocupan en la subjetividad de las persona (discriminación social) en el contexto de las relaciones que se contribuyen entre el individuo y el entorno. ⁽²⁸⁾

AUTOESTIMA

Es una de las conductas psicológicas que tienen mayor incidencia en la calidad de vida de las personas, en su productividad y en su salud mental. La autoestima se encuentra profundamente vinculada al sentirse querido/a, acompañado/a y ser importante para otros y para sí mismo

La autoestima es la medida en que una persona se aprueba y se acepta a sí mismo. Se le considera digna de elogio, ya sea de una manera absoluta o en comparación con otros. ⁽²⁹⁾

Clasificación de la autoestima

Según el Psicólogo Fausto Valencia la autoestima se clasifica en:

- **Autoestima Baja:** Las personas con poca autoestima carecen de confianza sobre sus propios actos considerando como un fracaso cualquier pequeño tropiezo que tengan. Al sentirse de esta manera están creándose un efecto de derrota que no les ayudará a conseguir sus metas. Por otro lado, son inconformistas puesto que siempre desean conseguir una perfección en todos sus trabajos debido a esa situación de relativa derrota en la que se ven sumidos. Quizás por ello, el éxito en cualquier tarea les complace de tal forma que les puede ayudar a olvidar los posibles errores cometidos en el pasado.
- **Autoestima Media:** Este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones esta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo. Aquellos que posean esta forma de ser, viven de una forma relativamente dependientes de los demás, es decir, si ven que

el resto les apoyan en alguna acción su autoestima crecerá pero, por el contrario, cualquier error que alguien le diga directamente servirá para que su confianza caiga un poco. Estas personas pueden controlarse con un poco de racionalidad a la hora de enfrentarse a retos, sobretodo retos profesionales.

- **Autoestima Alta:** Las personas de gran autoestima vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y que la misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valor está dispuesto a aquilatar y respetar el valor de los demás, por ello solicita ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente asimismo como ser humano. Ello no significa un estado de éxito total y constante, sino que a pesar de reconocer las propias limitaciones y debilidades, la persona siente orgullo sano de sus habilidades y capacidades.⁽³⁰⁾

Importancia de la autoestima

La gran importancia de la autoestima en nuestra vida puede sintetizarse en los siguientes criterios:

- **Construye un núcleo de la personalidad.** La fuerza del hombre es la tendencia de llegar a ser él mismo. La fuerza impulsora para el efecto es la voluntad inexorable de la persona de captarse a sí misma. El dinamismo básico del hombre es la autorrealización.
- **Determina autonomía personal.** Un objetivo personal de la educación es la formación de personas autónomas, seguras de sí mismas.
- **Posibilita la relación social saludable.** El respeto y aprecio hacia uno mismo es la plataforma adecuada para relacionarse con las demás personas. Se puede estimar a otros reconociendo sus valores e infundirles un autoconcepto afirmativo.
- Fundamenta la responsabilidad.

Dimensiones de la autoestima

Smelser (1989), cita dos componentes de la autoestima que son los siguientes:

- **Dimensión Afectiva:** Es la capacidad de sentir, expresión de sus sentimientos, sensaciones, temores y de establecer vínculos afectivos reconocidos como valiosos entre amigos, familiares. Lo que refuerza el afronte a situaciones adversas.
- **Dimensión Cognoscitiva:** Es la confianza en poder descubrir como son, como funciona y como se relacionan las cosas. Además se muestran receptivos a adquirir nuevos conocimientos, nuevas experiencias, aceptación de sus conocimientos y responsabilidades y el enfrentamiento a los cambios.

Coopersmith, considera que existe una autoestima global, conformada por autoestimas específicas para lo cual cita la siguiente entre otras:

- **Dimensión Social:** Es el sentimiento de sentirse aceptado y de pertenecer a un grupo social. Conocer personas nuevas de su entorno, sentirse parte de una sociedad⁽³¹⁾

TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis, una de las enfermedades más antiguas que ha afectado a seres humanos y que tal vez existió desde las épocas de los prehomínidos, es una causa importante de muerte a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por una bacteria del complejo de *Mycobacterium tuberculosis* que suele afectar pulmones y hasta en 33% de los casos hay afectación de otros órganos. Si se trata correctamente, la tuberculosis por cepas farmacosensibles se cura prácticamente en todos los casos, pero sin tratamiento 50 a 65% de los enfermos puede morir en un plazo de cinco años.⁽³²⁾

Síntomas: son tos productiva por más de 15 días con o sin flema, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el Perú, el estado garantiza la gratuidad del tratamiento de la tuberculosis a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

Esquema uno: es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de Primera Línea, incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E). La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso a la que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la Tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

El esquema de tratamiento se debe administrar durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos etapas:

- **Primera Fase:** Duración de 02 meses (50 dosis), frecuencia diario de lunes a sábado excepto domingos y feriados con:
 - ❖ **Rifampicina:** Dosis 300 mg: 2 cápsulas.
 - ❖ **Isoniacida:** Dosis 100 mg: 3 tabletas.
 - ❖ **Pirazinamida:** Dosis 500 mg: 3 tabletas.
 - ❖ **Etambutol:** Dosis 400 mg: 3 tabletas.

- **Segunda Fase:** Duración 04 meses (32 dosis), frecuencia intermitente, 2 veces por semana.
 - ❖ **Rifampicina:** Dosis 300 mg: 2 cápsulas.
 - ❖ **Isoniacida:** Dosis 100mg: 9 tabletas.
- **Total por paciente:**
 - ❖ Rifampicina: x 300mg 164 capsulas.
 - ❖ Isoniacida: x 100mg 438 tabletas.
 - ❖ Pirazainamida x 500mg 150 tabletas.
 - ❖ Etambutol x 400mg 150 tabletas.

Fundamentos del tratamiento farmacológico:

- Tratamiento con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- Tiempo suficiente de tratamiento con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- Reacciones adversas mínimas
- Administración de los medicamentos de boca DIRECTAMENTE OBSERVADO por el personal de enfermería durante la ingesta del medicamento y que garantice la adherencia al tratamiento.

CUIDADOS EN EL HOGAR: es parte del tratamiento complementario.

- Alimentación: es el suministro de alimentos, los pacientes con tuberculosis deben tener una alimentación rica en proteínas de alto valor biológico, estos se encuentran en las menestras, cereales, soya, huevo, pollo, carne, pescado, hígado, leche y otros. Con la finalidad de lograr un incremento de peso significativo.
- Actividad física: se recomienda reposo físico relativo por lo menos durante la primera fase del tratamiento. Donde puede realizar caminatas, ejercicios respiratorios, estiramiento corporal.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Entrevista de enfermería:

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

- Educar a la persona con tuberculosis y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y baciloscopía y cultivos de control mensual.
 - Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de casos y estudio de contactos.
 - Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería.
- **Primera Entrevista:** se debe establecer un ambiente de cordialidad y privacidad. El personal de Enfermería debe identificarse con la persona con tuberculosis y demostrarle apoyo para su curación. Es imprescindible brindar educación sobre la enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, las posibilidades de reacciones a los medicamentos, las baciloscopías de control mensual, con palabras sencillas y utilizando material audiovisual: rotafolio, afiches, folletos, etc. y brindar orientación nutricional. Inscribir a la persona con tuberculosis en el libro de registro y seguimiento de pacientes. Realizar el censo de contactos y citarlos para el primer control, indagar si alguno de los contactos presenta

síntomas respiratorios, si la respuesta es afirmativa seguir el procedimiento de diagnóstico e Identificar a los niños menores de 15 años para la administración de quimioprofilaxis como grupo prioritario.

- **Segunda Entrevista:** se realiza al terminar la primera fase de tratamiento, para controlar la evolución de la persona con Tuberculosis, revisión y análisis de la tarjeta de tratamiento. El profesional de Enfermería refuerza la importancia del cumplimiento del tratamiento en la fase intermitente y de las baciloscopías de seguimiento. Se debe reforzar la educación sanitaria y aclarar posibles dudas. Es importante conocer algunos aspectos de su vida familiar y social, así como su opinión sobre la atención que recibe en el establecimiento de salud. Explicarle acerca de la conversión bacteriológica al final de la primera fase y la importancia de continuar su tratamiento hasta su curación.
- **Tercera Entrevista:** Se realiza al término del tratamiento, se verifica el cumplimiento y resultado del último control baciloscópico. Se coordinar y verificar la consulta médica de alta, se registra la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y la tarjeta de tratamiento. Reforzar la autoestima

de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al establecimiento de salud.

Visita Domiciliaria

Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con Tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico; se debe educar y motivar a la familia incorporándolos activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis; identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución; verificar el censo y optimizar el control de contactos y contribuir al éxito del tratamiento de la tuberculosis recuperando a la persona inasistente. ⁽³²⁾

CUIDADOS DE ENFERMERIA

La atención de Enfermería debe ser integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad en los establecimientos de salud, con énfasis en la educación, control y seguimiento del enfermo con tuberculosis y sus contactos.

El fin es contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis. Entre las actividades que realiza el profesional de Enfermería en el seguimiento de casos ya descritos tenemos: la entrevista, la visita domiciliaria, la organización y administración de quimioprofilaxis; la referencia, contrareferencia derivación y transferencia de pacientes.

La enfermedad trae serias repercusiones en la esfera psicoemocional, influyendo de alguna manera la autoestima, expresado en signos de desesperanza, sentimientos de tristeza y soledad, disminución de su capacidad de afronte a la enfermedad, entre otros. Los cuales deben ser revertidos con el apoyo del personal de Enfermería, para mejorar su salud mental y su capacidad de afrontamiento ante la enfermedad, mediante la educación, cuyo contenido debe ayudar a los siguientes:

- Ayudar a expresar los propios sentimientos: Aceptando que es normal la aparición de reacciones negativas como la ira, depresión o sentimientos de vulnerabilidad como parte de toda situación estresante.
- Intentar seguir el mismo estilo de vida antes de la aparición de la enfermedad: Maximizar la calidad de vida, planificando el uso del tiempo y reorganizado en función de las actividades

cotidianas incorporando los tratamientos necesarios y aprendiendo a convivir con la enfermedad.

- La enfermera debe identificar precozmente las conductas de riesgo que pueda presentar el paciente a fin de intervenir oportunamente en el fortalecimiento de su autoestima y promoviendo un clima social en familia favorable, obteniendo como resultado un mejoramiento en la calidad de vida.
- La entrevista en enfermería, considerada como una de las actividades de atención integral e individualizada y debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma con tuberculosis y su familia, con fines de educación, control y seguimiento, identificando oportunamente los signos de depresión, ansiedad, y derivarlos oportunamente a psicología.
- Sensibilizar y concientizar a los familiares del afectado, sobre los cambios que atravesara el paciente de tuberculosis, haciendo hincapié que con apoyo de la familia, el paciente se sentirá fortalecido, sintiéndose seguro, por ende asumirá el rol de enfermo pero a la vez contribuirá en la mejora de su salud cumpliendo eficazmente el tratamiento farmacológico, radiológico, nutricional, etc.

MODELO DEL SISTEMA CONDUCTUAL DE DOROTHY E. JOHNSON, APLICADA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS:

PRINCIPALES SUPUESTOS

Enfermería

Según Dorothy Johnson, es una fuerza de actuación externa para proteger la organización de la conducta del paciente utilizando mecanismos reguladores o proporcionando al paciente cuando sufre estrés. Como arte y ciencia, la enfermería proporciona una ayuda externa antes y durante las alteraciones del equilibrio del sistema y, por tanto, precisa un conocimiento del orden, el desorden y el control.

Persona

Johnson considera que la persona es un sistema conductual con unos modos de actuación pautados, repetitivos y determinados que la vinculan con el entorno. Los patrones de respuesta específicos de un individuo forman un todo organizado e integrado. Una persona es un sistema de partes interdependientes que requiere una cierta regularidad y ajuste para mantener equilibrio del sistema conductual, la integridad del individuo se ve amenazada. Para recobrar ese

equilibrio, puede que la persona pueda emplear una cantidad extraordinaria de energía para los procesos biológicos y la recuperación.

Salud

Johnson considera que la salud es un estado dinámico difícil de alcanzar que se ve influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud es el objetivo de los profesionales sanitarios y se centra en la persona que en la enfermedad.

Entorno

En la teoría de Johnson, el entorno está formado por todos los factores que son parte del sistema conductual del individuo, pero que influyen en él. Algunos de ellos pueden ser manipulados por la enfermera para conseguir el objeto de salud del paciente. El individuo está unido al entorno e interactúa con este. El sistema conductual intenta mantener el equilibrio con respecto a los factores del entorno. Ajustándose y adaptándose a las fuerzas que intervienen en ese entorno. Las fuerzas del entorno que son excesivamente fuertes alteran el equilibrio del sistema conductual y ponen en peligro la estabilidad de la persona. Para que el cuerpo

restablezca el equilibrio y afronte el efecto continuo de estas fuerzas, hace falta una cantidad extraordinaria de energía.⁽³³⁾

Afirmación teórica aplica a la tuberculosis

La teoría del sistema conductual de Johnson tiene dos componentes principales: el paciente y la enfermería. El paciente con tuberculosis es un sistema conductual que posee siete subsistemas interrelacionados entre si. Donde se ve afectado el sistema de afiliación, que es el mas importante, si este es afectado, consecuentemente afectara a los subsistemas de dependencia, realización, agresión, sexo, ingestión y eliminación, en mayor o menor grado en cualquiera de ellos pero será afectado.

El sistema y el sub sistema tienden a mantenerse y perpetuarse siempre y cuando las condiciones externas e internas sean ordenadas y predecibles. Si la familia del paciente con tuberculosis, crea un clima social desfavorable, no siendo este un medio de soporte inmediato que contribuya al afronte del tratamiento y el proceso de la enfermedad, de esta manera no se crearían condiciones favorables para el paciente. Si no se dan las condiciones, si la enfermera no identifica bien la fuente del problema en el sistema y los recursos necesarios para los requisitos

funcionales o las interrelaciones entre los subsistemas no son equilibrados, se produce alteración, desequilibrio funcional, por lo tanto se produce una conducta disfuncional del paciente, pudiendo afectar así su ego, disminuyendo su autoestima, ansiedad, temor, sentimiento de culpa, y frustración, enfermedades mentales como la depresión.

Las respuestas de los subsistemas son consecuencia de la motivación, la experiencia y el aprendizaje, y se ven influidas por factores biológicos, psicológicos y sociales. El sistema conductual intenta conseguir un equilibrio adaptándose a los estímulos internos y ambientales, y esta formado por todos los modos de conducta pautados, repetitivos y determinados que caracterizan la vida de cada persona. Es allí donde la enfermera actúa como una fuerza reguladora mediante los cuidados de enfermería, específicamente para el paciente de tuberculosis, generando así un mecanismo regulador que interviene para restaurar el equilibrio del sistema conductual.

Esta unidad funcional de conducta determina y limita la interacción de la persona y su entorno, y establece la relación entre esta persona y los objetos, sucesos y situaciones del entorno. El sistema conductual gestiona la relación con el entorno, este sistema

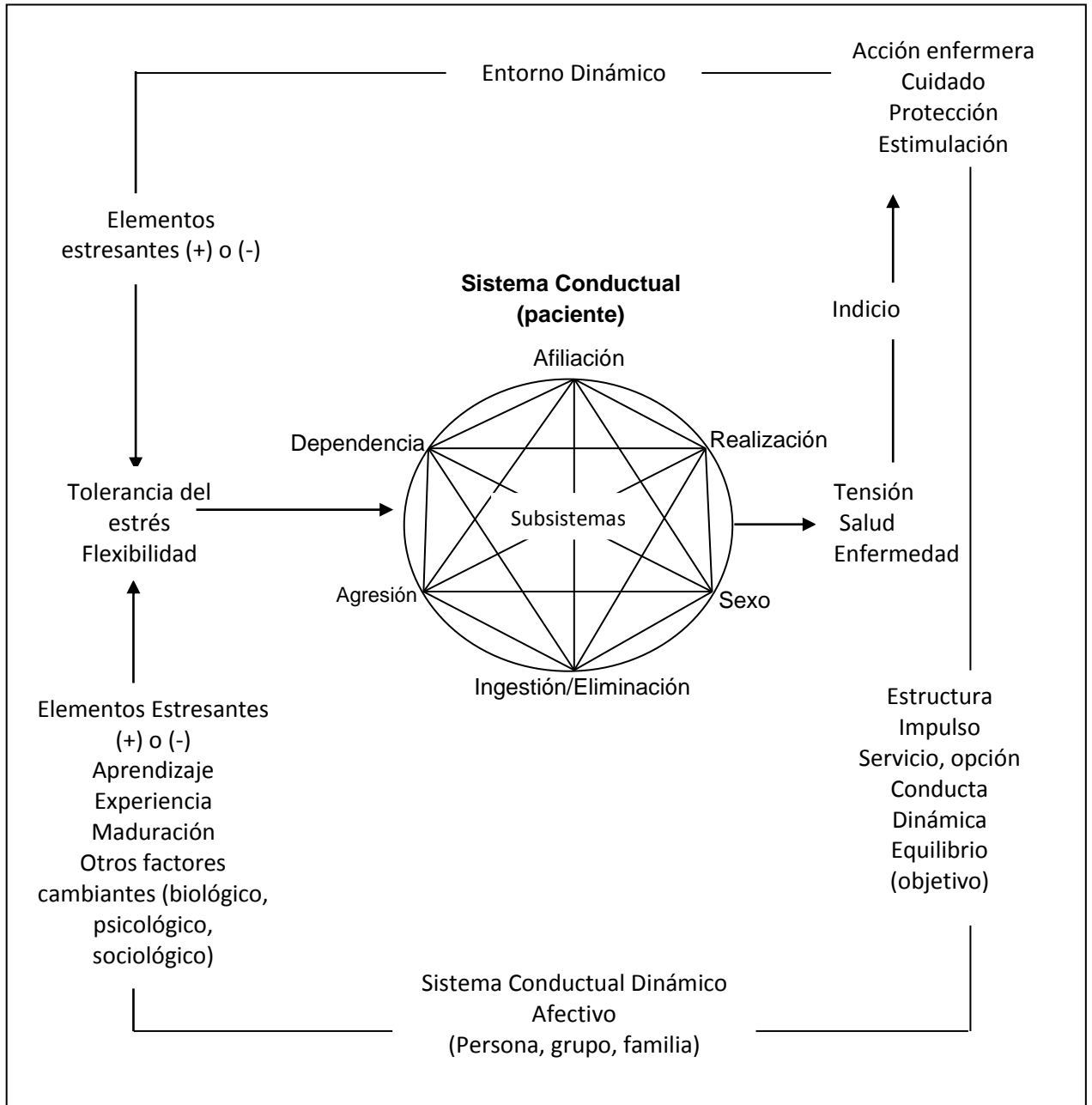
es activo y no pasivo. La enfermera esta fuera del sistema conductual, pero interacciona con éste.

Los estados de inestabilidad en el sistema hacen que sea necesaria una pronta intervención de enfermería, para poder ser ayuda al paciente de tuberculosis, así restablecer su sistema y crear un nivel de funcionamiento más óptimo. La tuberculosis que es una enfermedad o cualquier otro cambio interno o externo es a menudo responsable de estas funciones. En circunstancias en que el individuo experimenta estrés o tensión por causa de la enfermedad que altera el equilibrio y produce tensión, es necesario la intervención de enfermería, y será aún más efectiva cuando los miembros de la familia ayuda al paciente de tuberculosis al afrente de su enfermedad.

Las intervenciones consisten en parte en el cuidado, la protección y la estimulación. La enfermera puede proporcionar temporalmente unos mecanismos de control y de regulación externa, como la inhibición de las repuestas conductuales ineficaces, y ayudar al paciente a obtener nuevas respuestas. Johnson, sostiene que las técnicas pueden incluir: la enseñanza la formación de roles y el asesoramiento. Si se prevé un problema o un trastorno, hay que realizar la acción enfermera preventiva con las

metodologías adecuadas. El cuidado la protección y la estimulación en el paciente de tuberculosis son muy importantes para el cuidado enfermero preventivo o la promoción de salud, ya que sirven para controlar la enfermedad.

El resultado de la intervención de enfermería es el equilibrio del sistema conductual. “Más específicamente, podemos afirmar que el equilibrio se consigue cuando el individuo demuestra un grado de constancia en sus patrones de funcionamiento interno e interpersonal”. La evaluación de la intervención enfermera se realiza en función de si: “se produjo un cambio significativo en las vidas de las persona implicadas”.



Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS CONCEPTUALES

- **Clima Social Familiar:**

Son las características socio-ambientales de todo tipo de familias, en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y en su estructura básica en referencia a su estabilidad

- **Nivel de autoestima:**

Medida en que una persona se aprueba y se acepta a si mismo. Se le considera digna de elogio, ya sea de una manera absoluta o en comparación con otros

- **Tuberculosis Pulmonar:**

Es una enfermedad causada por una bacteria del complejo Mycobacterium tuberculosis que suele afectar principalmente a los pulmones y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. Descriptivo porque describen los fenómenos como aparecen en la actualidad, transversal porque se realiza la medición de dos variables en un solo momento, y correlacional para determinar en qué grado o relación las variables se están correlacionando

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está conformado por todos los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de la Microred Cono Sur - Tacna, que según los criterios de exclusión establecidos en el presente estudio, la muestra estuvo conformado por 62 pacientes; hasta el mes de noviembre del 2013. Dicha Microred está constituida por 5 establecimientos de salud: El Centro de Salud San Francisco (cabecera de la Microred) y 4 Puestos de Salud: 5 de Noviembre, Las Begonias, Vista Alegre y Viñani.

La muestra fue determinada utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir, se consideró al 100% de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar. Específicamente en el C.S. San Francisco habían 15 pacientes, P.S. 5 de Noviembre 10 pacientes, P.S. Vista Alegre 10 pacientes, P.S. Viñani 22 pacientes y P.S. Las Begonias 5 pacientes que acuden a recibir su tratamiento farmacológico.

Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar.
- Mayor de 15 años.

Criterios de exclusión:

- Paciente que tenga una alta frecuencia de emigración.
- Pacientes complicados con morbilidad (Diabetes, VIH/SIDA).

Pacientes que se nieguen a colaborar con la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos que se emplearon fueron dos, el primer cuestionario fue del Clima Social Familiar adaptado de (Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos, Edison J.

Trickett) validado por el psicólogo Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile, Fausto Valencia, adaptada por Bach. Enf. ESEN/UNJBG Janet Fiorella Nina Condori. Y el segundo cuestionario para medir la autoestima se utilizó la Encuesta de Autoestima validado por el psicólogo Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile, Fausto Valencia, adaptado por Bach. Enf. ESEN/UNJBG Janet Fiorella Nina Condori (Ver anexo 03 y 04).

Ambas encuesta fueron retomadas de un estudio de tipo correlacional de corte transversal aplicada en pacientes de tuberculosis, anteriormente aplicada para determinar la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima en los pacientes de tuberculosis que acuden al centro materno infantil Tablada de Lurín Villa María del Triunfo Lima-2006, ambos validados respectivamente por expertos en el tema.

Instrumento Nº 1: La encuesta de Clima Social Familiar consta de 32 preguntas, en Escala tipo Likert, cada pregunta con alternativas y distribuidos en 03 dimensiones: de los cuales 14 preguntas corresponde a la dimensión de relaciones, 10 preguntas

corresponden a la dimensión desarrollo y 8 preguntas en la dimensión estabilidad. (Ver anexo 03)

Según el puntaje de respuesta fue: siempre 04, frecuentemente 03, a veces 02, nunca 01pts. Respectivamente.

Clasificación del clima social familiar:

- Favorable :96-132
 - Medianamente favorable :83:95
 - Desfavorable :35-82
-
- **Instrumento N° 2:** El cuestionario de autoestima Escala tipo Likert modificada, (Ver anexo N°03) tuvo por objetivo recoger información sobre el nivel de autoestima del paciente, consta de 13 enunciados, de los cuales 6 enunciados corresponden a la dimensión social, 06 afectiva, y 01 a la dimensión cognitivo. Según el puntaje de respuesta fue: siempre 04, frecuentemente 03, a veces 02, nunca 01pts. Respectivamente.(Ver anexo 04)

Clasificación del nivel de autoestima:

- Bajo :13 - 28
- Medio : 29 - 41
- Alto : 42 - 52

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Recolección de Datos se inició previo trámite administrativo respectivo, en el cual se envió un oficio de la escuela de enfermería-UNJBG a nombre de la Directora de escuela, Sra. María Porras Roque, adjuntando el proyecto de tesis, dirigido a la Jefatura del Centro de Salud San Francisco, encabezado por el Dr. Edwin Miranda Benavente, a fin de obtener la autorización para la realización del estudio de investigación, en los respectivos puestos y centros de salud que conforma la Microred cono sur.

Luego de la aceptación del oficio se realizó la coordinación respectiva con la enfermera Jefe de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la tuberculosis de la Microred Cono Sur, con la Sra. Lic. Rosana Catacora, a fin de programar la fecha de recolección de datos, los cuales fueron realizados entre las fechas de octubre-noviembre del 2013 utilizando 42 días hábiles, en el horario de 8:00 hrs. a 14:00 hrs.

En dicha recolección se siguió hubieron percances, ya que algunos pacientes no acudían al tratamiento, y otros estaban en proceso de abandono de los cuales se tuvo que ir a sus viviendas, y/o acordar con los familiares, para aplicar los instrumentos al

paciente. Para captar a los pacientes que toman sus tratamientos de noche 17:00 - 18:00hrs. Se acordaba en un horario fijo, para que acudan al Centro de salud, a cumplir con su tratamiento y colaboren con la encuesta. Se pudo visitar a los pacientes, entre los cuales se dieron a conocer sesiones educativas y consejería en tuberculosis, de esta manera se sensibilizó a continuar con el tratamiento.

Para la validez de los dos instrumentos, estos fueron sometidos a juicio de expertos para su validez; participaron 01 profesional de enfermería que labora en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis, 02 docentes de la universidad expertos en el Tema y 01 estadístico. Cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora de los instrumentos, los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, buscando que el error de significancia en ambos instrumentos no supera los valores establecidos para $p > 0.05$, por lo que el instrumento fue válido. (Ver anexo 05 y 06)

Para demostrar la confiabilidad de los instrumentos se realizó la prueba piloto a 15 pacientes con Tuberculosis Pulmonar, que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, en el Centro de Salud de Ciudad Nueva de la Microred Cono Norte, con el objetivo de reajustar la redacción y

la comprensión de los ítems de los instrumentos a utilizar y de esta manera poder darle la confiabilidad adecuada a los instrumentos.

Para la obtención de la confiabilidad de los instrumentos se aplicó la fórmula Alfa Crombach y distancia de puntos múltiples (DPP). (Ver Anexo N° 07)

Previa autorización de las enfermeras encargadas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de la Microred Cono Sur Tacna, se obtuvo permiso para la aplicación de los instrumentos a los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, durante el mes de octubre 2013.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 17,0.

Para en análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada). Para el análisis bivariado entre nivel de conocimiento de Tuberculosis Pulmonar y su relación con la actitud al tratamiento, se utilizó el

estadístico Chi cuadrado u otro según corresponda. Se consideró un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$ para probar la Hipótesis de investigación.

Para la presentación de información se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas

CUADRO N° 01

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR TACNA-2013

Nivel de Autoestima	N°	%
NIVEL BAJO	15	24,2%
NIVEL MEDIO	28	45,2%
NIVEL ALTO	19	30,6%
Total	62	100,0%

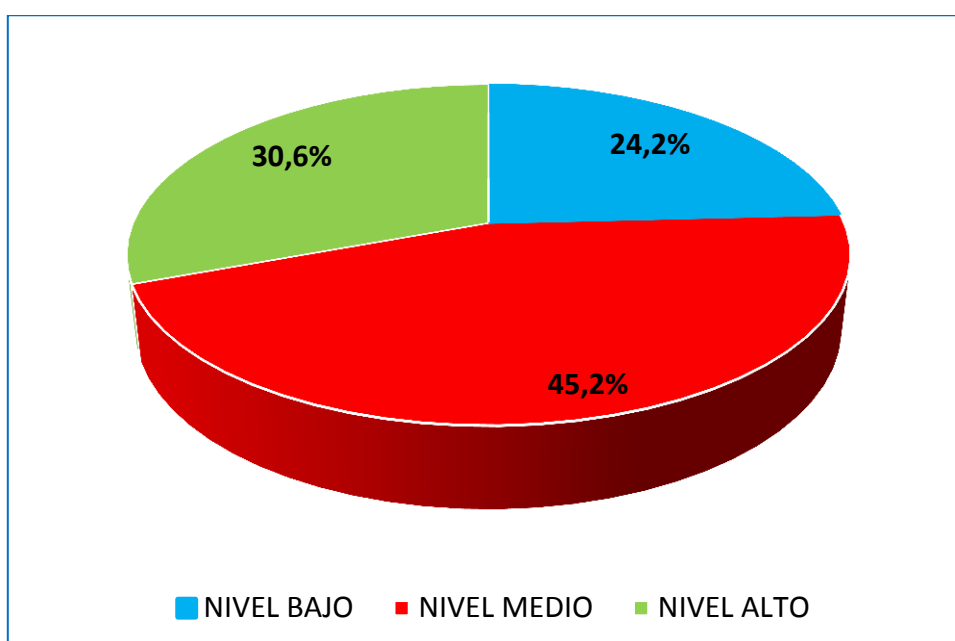
Fuente: Encuesta de autoestima aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que predomina con (45,2%) el nivel medio de autoestima, en los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur, seguido del nivel alto con (30,6%) y nivel bajo con (24,2%).

GRAFICO Nº 01

**NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR
TACNA - 2013**



Fuente: Encuesta de autoestima aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna- 2013.

CUADRO N° 02

DIMENSIONES DEL AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR TACNA-2013

AUTOESTIMA		Nº	%
AFECTIVA	BAJO	16	25,8%
	MEDIO	35	56,5%
	ALTO	11	17,7%
	Total	62	100,0%
SOCIAL	BAJO	12	19,4%
	MEDIO	32	51,6%
	ALTO	18	29,0%
	Total	62	100,0%

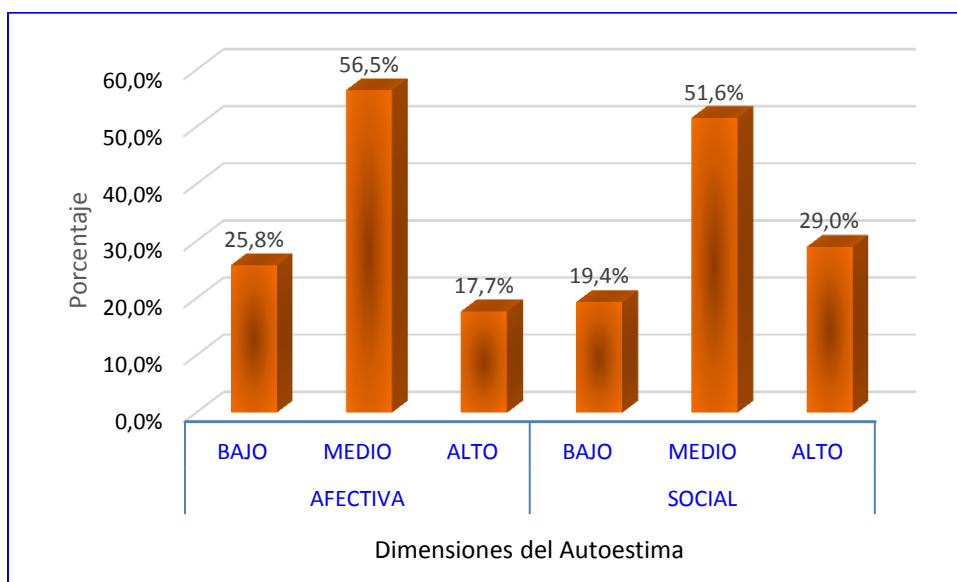
Fuente: Encuesta de autoestima aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que en la dimensión afectiva predomina el nivel medio con (56,6%), al igual que en la dimensión social con (51,6%), de los pacientes con tuberculosis que acuden a la Microred Cono Sur.

GRAFICO N° 02

**DIMENSIONES DEL AUTOESTIMADE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED
CONO SUR TACNA-2013**



Fuente: Encuesta de autoestima aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

CUADRO N° 03

CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR TACNA- 2013

Clima Social Familiar	N°	%
Desfavorable	38	61,3%
Medianamente favorable	10	16,1%
Favorable	14	22,6%
Total	62	100,0%

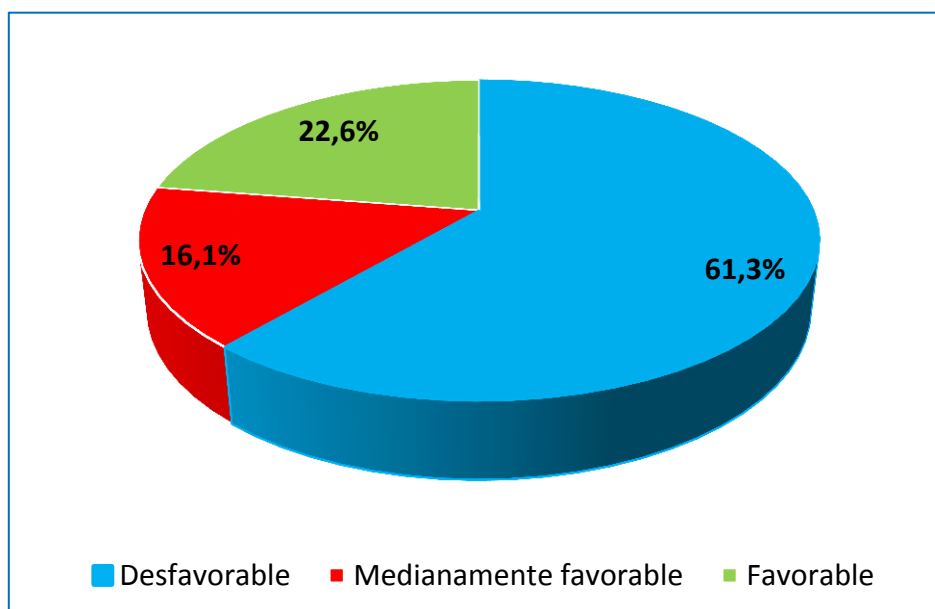
Fuente: Encuesta sobre Clima Social Familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que el mayor porcentaje de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur, tienen un nivel de desfavorable en el clima social familiar con (61,3%), seguido de un clima favorable con (22,6%) y medianamente favorable con (16,1%).

GRAFICO Nº 03

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS
QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR
TACNA-2013**



Fuente: Encuesta sobre clima social familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna- 2013.

CUADRO N° 04

CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SURTACNA, 2013

Nivel de Autoestima	Clima Social Familiar							
	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	14	22,6%	1	1,6%	0	0,0%	15	24,2%
MEDIO	21	33,9%	5	8,1%	2	3,2%	28	45,2%
ALTO	3	4,8%	4	6,5%	12	19,4%	19	30,6%
Total	38	61,3%	10	16,1%	14	22,6%	62	100,0%

Fuente: Encuesta de autoestima y clima social familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

Prueba Chi-cuadrado: $X^2=31,156$; G.L=4; $p=0,000 < 0,05$

Descripción:

En el presente cuadro se observa que de 38 pacientes con Tuberculosis y clima social familiar desfavorable, el (33,9%) tiene un nivel de autoestima medio, (22,6%) con un nivel bajo y alto con (4,8%)

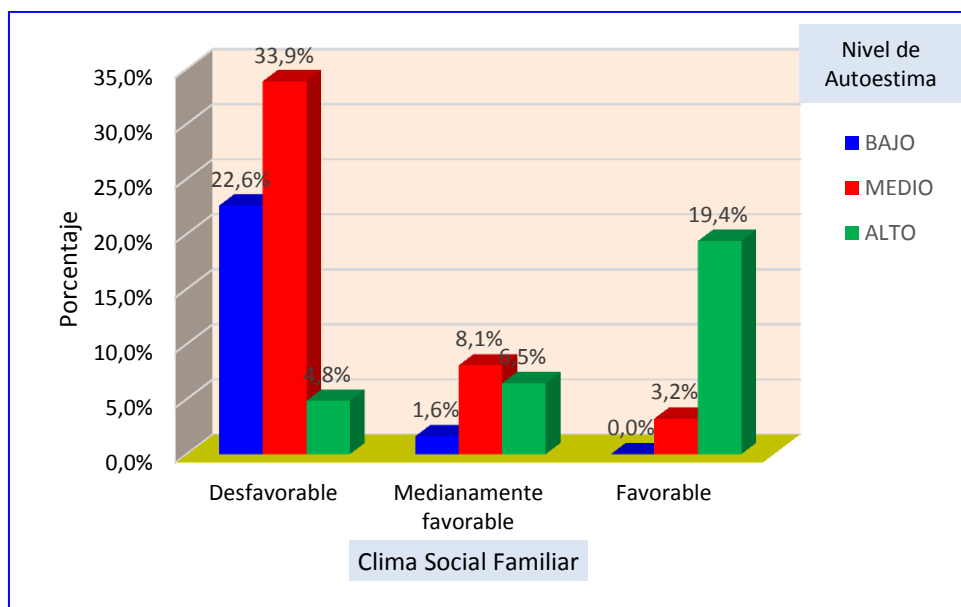
De 10 pacientes con Tuberculosis y con un clima social familiar medianamente favorable el (8,1%) tiene un nivel medio de autoestima, (6,5%) con un nivel alto con y bajo con (1,6%).

De 14 pacientes con Tuberculosis y clima social familiar favorable, el (19,4%) tiene un nivel alto de autoestima, seguido de (3,2%) en el nivel medio y ninguno tuvo nivel bajo.

Al análisis con la prueba Chi cuadrado, se evidencia que existe relación estadística significativa ($p=0,000$), entre el clima social familiar con el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

GRÁFICO Nº 04

CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR TACNA-2013



Fuente: Encuesta de autoestima y clima social familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013.

4.2 DISCUSION

La tuberculosis continúa siendo un gran problema de salud pública para la población a nivel nacional y mundial, con lo que desmejora la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. Considerada como una enfermedad que no solo afecta la salud física sino la esfera psicoemocional ya que en sus bases biológicas se ha construido la estigmatización social considerándolos como “objetos indeseables” quien como fuente de contagio debe ser excluido.

En el Cuadro N° 1 relacionado al nivel de autoestima, se observa que predomina con (45,2%) el nivel medio de autoestima en los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Micro red Cono Sur Tacna, seguido del nivel alto con (30,6%) y nivel bajo con (24,2%). Los resultados son similares al estudio realizado por Baldeon R. “Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín- Villamaría del Triunfo” Lima-Perú 2006, donde concluyó que el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis un (60%) presenta un nivel de autoestima medio,

seguido de (22,5%) con nivel de autoestima alto y (17,5%) un nivel de autoestima bajo.

Este resultado difiere del estudio “Nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto-Duksil, 2004” La población estuvo conformada por 21 pacientes del Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto – Duksil. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y el test de Autoestima de Cirilo Toro Vargas. Las conclusiones fueron; que el 56% de los pacientes tienen un nivel de autoestima alta positiva referido a las dimensiones cognitivas, afectivas y ética y 44% con autoestima baja positiva, autoestima alta negativa y autoestima baja negativa, que está dado por alteraciones en las dimensiones física y social.

Por lo mencionado anteriormente se concluye que la mayoría de pacientes con tuberculosis presentan un nivel de autoestima de medio abajo; por lo que se considera que son pacientes con poca confianza en sí mismos, con un sentimiento de inferioridad, susceptibles a críticas, inconformistas, irresponsables que evaden problemas, conflictos y dificultades, inexpresivos por lo

que reprimen sentimientos y los convierte en resentimientos, además viven dependientes de los demás. Estas características mencionadas repercuten negativamente en la capacidad de afrontamiento de los pacientes, estilo de vida y calidad de vida. Generando así el aislamiento, la depresión y por consiguiente el abandono físico y moral poniendo en riesgo su proceso de recuperación y rehabilitación.

En el cuadro N° 02 se observa que en la dimensión afectiva predomina el nivel medio con (56,6%), en la dimensión social también predomina el nivel medio con (51,6%), de los pacientes con tuberculosis que acuden a la Microred Cono Sur. Además se puede observar que de 62(100%) encuestados, 35(54,5%) presentan un nivel medio de autoestima entre afectivo y social, 14(23,35%) presentan un nivel alto en las dimensiones afectivo y social, 13(22.6%) presentan un nivel bajo en las dimensiones de afectivo y social.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la investigación de Baldeón R. titulada "Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín- Villamaría

del Triunfo” Lima-Perú 2006”, donde concluyó que en la dimensión afectiva, (65%) tienen un nivel medio en sus dimensiones afectivo y social, mientras que (37,5%) presenta un nivel bajo entre afectivo y social y (32,5%) tienen un nivel alto entre ambas dimensiones.

Smelser (1989), presenta el aspecto afectivo a considerar en la definición de autoestima: lo que indica la capacidad de sentir, la expresión de los sentimientos, sensaciones, temores y de establecer vínculos afectivos reconocidos como valiosos entre amigos, familiares. Podemos deducir que de acuerdo a los resultados existe un porcentaje significativo de pacientes con nivel afectivo y social de medio abajo, lo que expresaría la manera de sentir del paciente en ambas esferas adoptando características en caso de la esfera afectiva: inexpresividad de sentimientos, sentimientos de minusvalía, infelicidad, soledad y tristeza; interfiriendo así su esfera psicoemocional.

En cuanto a la esfera social con los resultados obtenidos se puede decir que los pacientes en su mayoría refieren no sentirse cómodos en actos sociales, no disfrutan conociendo gente nueva, no están a gusto con su actual domicilio por lo que estarían

predispuestos a un aislamiento social por no sentirse aceptado gracias a estigma social que ellos padecen y a la falta de pertenencia de un grupo social por lo que conllevaría a un desinterés personal siendo proclive a abandonar el tratamiento, por lo que generaría su autodestrucción.

En el gráfico N° 03, se observa que el mayor porcentaje de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur, tienen nivel desfavorable en el clima social familiar con (61,3%), seguido de un clima favorable con (22,6%) y medianamente favorable con (16,1%). El Clima Social Familiar se define como las características socio-ambientales de todo tipo de familias, en cuanto a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y en su estructura básica en referencia a su estabilidad. Este resultado difiere del estudio realizado por Baldeón R. titulada "Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín- Villamaría del Triunfo" Lima-Perú 2006", donde concluyó que el clima social familiar se encontraba en un gran porcentaje en medianamente favorable (55%).

Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es así mismo la unidad en la que, directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas. En esta perspectiva, es la familia, y no el individuo, la unidad social que mejor predice la existencia de determinados patrones de evolución de las enfermedades. El sujeto enfermo, miembro de una familia; enfrentará su situación social y patológica mediante el conjunto de ideas, valoraciones y conductas que genere en el marco de sus relaciones inmediatas. La familia juega un papel importante como red de soporte social durante el proceso de enfermedad.

Por lo expuesto se concluye que existe un porcentaje significativo de pacientes con un clima social familiar de medianamente favorable a desfavorable, lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar, en consecuencia el paciente no enfrentará adecuadamente la crisis situacional que provoca la enfermedad, no contribuyendo a la recuperación de la enfermedad, predisponiendo así su salud física y

emocional ya que no cuentan con una adecuada dinámica familiar, en tanto las familias no cumplen con su rol de estimulación en la recuperación de la salud.

En el cuadro N° 04, se muestra la relación entre el clima social familiar y su relación con nivel de autoestima de pacientes con tuberculosis, obteniéndose un relevante resultado, de que existe evidencia de relación estadística significativa entre ambas variables de los pacientes atendidos en la Microred Cono Sur de Tacna, aceptándose la hipótesis planteada en la investigación. Este resultado, es similar al obtenido en un estudio realizado por Baldeón, R. titulada “Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín- Villamaría del Triunfo” Lima-Perú 2006, que también demostró relación directa entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes. En consecuencia tanto estadísticamente como manualmente se describe que existe relación entre ambas variables, lo que significa que una es consecuente de otra.

Por lo que se concluye que existe un significativo número de pacientes que tienen un nivel de autoestima de medio a bajo con un clima social familiar desfavorable, lo cual indica que no tienen un adecuado soporte familiar causando inestabilidad psicológica lo cual repercutirá directamente en la salud por medio de comportamientos o estilos de vida de abandono o falta de control; en consecuencia lo conllevará a su autodestrucción, ya que es proclive a abandonar el tratamiento y por consiguiente al fracaso y/o resistencia de los fármacos. Evidenciando que cuanto más favorable muestra el clima social familiar, mayor será el nivel de autoestima del paciente con tuberculosis.

La autoestima es un recurso psicológico que permite que las personas se orienten hacia el bienestar y no hacia la autodestrucción, considerando que es el sentimiento valorativo de nuestro ser, en términos de aprobación o desaprobación y que indica si la persona se considera o no capaz, significativo, exitoso o valioso.

Por otro lado la familia constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va

a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad. Además la familia ha sido estudiada como estructura de apoyo emocional respecto a la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la práctica de comportamientos saludables, entre otros aspectos de la salud, sin embargo también ha sido considerada como fuente de estrés ya que inducen hacia comportamientos negativos, cuando sus miembros no están compenetrados entre sí.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- El nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de manera global es de medio a bajo en (69.4%).
- El clima social familiar de los pacientes de los pacientes con tuberculosis tiene un considerable porcentaje entre los rangos de desfavorable en (61.3%).
- Existe una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis. **($X^2=31,156;p=0,000$).**

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

- Al equipo multidisciplinario que labora en la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de la tuberculosis, prestar mayor atención al paciente con tuberculosis en el área psicoemocional ya que por su misma condición social, familiar y económica, hace que tenga un perfil psicológico proclive a presentar niveles bajos de autoestima.
- Realizar sesiones psicológicas con la familia de los pacientes, u otros. Como la consejería, orientación con el objetivo de que se involucren en el cuidado del paciente como ente de soporte social efectivo, enfatizando el área de apoyo emocional.
- Sensibilizar a la población mediante los medios publicitarios, sonoros, prensa escrita y otros, sobre la discriminación de la tuberculosis. Ya que la estigmatización y discriminación aún persiste. Sobre las formas de contagio, y la curación de la tuberculosis.

- Al Gobierno Regional, Gobierno Municipal, las Universidades Nacional y Privada, la DIRESA Tacna y COREMUSA Tacna, deben reorientar políticas técnicas consistentes multidisciplinarias con el máximo esfuerzo para involucrar y convencer a los altos directivos sobre la importancia de ejecutar tales políticas de prevención y control de la Tuberculosis, comprometiendo a los individuos, los grupos y la comunidad para promover la lucha antituberculosa eficaz, con supervisión y evaluación permanente, a fin de garantizar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.
- Realizar estudios de tipo descriptivo y/o cualitativo sobre las vivencias que tienen los pacientes con tuberculosis abarcando el área social y familiar, lo cual nos ayudara a comprender el sentir de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. HARRISON T.R. Medicina Interna. 18ava. Edición. España Interamericana MC-Graw Hill. Vol I 1994.
2. OMS [homepage en Internet].España: Centro de prensa Nota descriptiva N°104 c2013 [actualizada Octubre de 2013; consultado 11noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int>
3. BONILLA C. Situación de la tuberculosis en el Perú. Scielo. Revistas científicas peruanas [revista en Internet] 2008 julio-setiembre. [Acceso 03 de diciembre de 2013]. 25(3):6 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728->
4. OMS. [homepage en Internet].España: Centro de prensa Nota descriptiva N°104 c2013 [actualizada Octubre de 2013; consultado 11noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int>
5. MINSA. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019. [homepage en Internet]. Documentos destacados Archivos Perú [publicado mayo de 2013; consultado23 setiembre 2013]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1751.pdf>

6. OMS [homepage en Internet].España: Centro de prensa Nota descriptiva N°104 c2013 [actualizada Octubre de 2013; consultado 11noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int>
7. OPS. [homepage en Internet].Estados Unidos. Centro de prensa. Publicaciones de la OPS [Viernes 22 de Marzo de 2013; consultado 18 Setiembre 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org>
8. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. [homepage en Internet].Perú: Nota de Prensa [actualizada marzo de 2013; consultado 13 diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
9. DIRESA [homepage en Internet].Tacna. Boletín epidemiológico informativo N°13 c2013 [actualizada abril de 2013; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe>
10. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. [homepage en Internet].Moquegua: Archivos de Prensa [actualizada febrero de 2009; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/diresamoquegua>
11. MINSA-Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. [homepage en Internet].Lima-Peru: Documentos [publicado febrero de 2012; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.bvsminsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

12. MINSA-Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú.
[homepage en Internet]. Lima-Peru: Documentos [publicado febrero de 2012; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en:
<http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
13. MARRIER Ann, Modelos y Teorías en Enfermería 5ta. edición
Barcelona España 2003 pág. 145
14. RUBIO JL, Dr. González Martín A Tuberculosis un problema social.
Gaceta médica espiritana [revista en Internet] 2002 enero.
[Acceso 12 diciembre de 2013]. 4(2):5 Disponible en:
[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.\(1\)](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.4.(1))
15. MINSA-Programa de apoyo a la reforma del sector salud
PARSALUD. Modelo de atención de Salud Mental a personas
Afectadas por TB MDR Y TB XDR. [homepage en Internet]. Lima-
Perú: Documentos [actualizada febrero de 2007; consultado 08
agosto 2013] Disponible
en: http://www.parsalud.gob.pe/phocadownload/Productos/fondomundial/Modelo_Salud_Mental
16. MINSA-Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú.
[homepage en Internet]. Lima-Perú: Documentos [publicado febrero de 2012; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en:
<http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

- 17.OMS. [homepage en Internet].España: Centro de prensa Nota descriptiva N°104 c2013 [publicada setiembre 1978; consultado 11noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php>
- 18.ROJAS P. Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. [Tesis licenciatura]. Tablada de Lurin-Lima.UNMSM.2005
- 19.HUANCO C. Nivel de Autoestima de los pacientes del Programa de Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto-DuksilLima 2004.[Tesis licenciatura].Lima:UNMSM.2004
- 20.ROJAS P. “Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el CS. Tablada de Lurín-Lima 2005”. [Tesis licenciatura]. Lima: UNMSM.2005
- 21.BALDEON N. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín - Villamaria del triunfo -Lima 2006. [Tesis licenciatura] Lima: UNMSM.2006
- 22.GALARZA C. Relación entre el nivel de habilidades sociales y elclima social familiar de los adolescentes de la I.E. Fe y Alegría N°11 Comas-Lima 2012 [Tesis licenciatura].Lima:UNMSM.2012

23. MINSA-Plan Nacional de Apoyo a la familia 2004-2011. [homepage en Internet].Lima-Perú: Documentos [publicado febrero de 2004; consultado 08 agosto 2013]. Disponible en: <http://wwwbvs.minsa.gob.pe/local/minsa>
24. MINSA-Programa de Familias y Viviendas Saludables. [homepage en Internet].Lima-Perú: Documentos [publicado marzo de 2002; consultado 12 noviembre 2013]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/programa%20familiaviviendasaludables>
25. GONZALES O. Relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar de los alumnos en la institución educativa n° 86502 Chimbote-Perú 2009. [Para obtener el grado de Magister].Chiclayo:Universidad Cesar Vallejo.2009
26. INERVA M. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Scielo. Revistas científicas Cuba [revista en Internet] 2005 julio-setiembre. [Acceso 03 de diciembre de 2013]. 13(1):6 Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140912592005000100007&script>
27. ISAZA L. Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. Colombia-2010. [Tesis licenciatura].Colombia:UCC.2010

28. MOOS, Rudolf. Manual de escalas de Clima Social. 5ta Edición. Madrid 2000. pp. 81.
29. MINSA-Atención integral para la salud del adolescente en el primer nivel de atención-Habilidades para la Vida [homepage en Internet]. Lima-Perú: Documentos [publicado marzo de 2002; consultado 12 noviembre 2013]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/programa%20familiaviviendasaludables>
30. CANO C. Nivel de autoestima y su relación con las características de la familia, en estudiantes de secundaria. Institución Educativa Daniel Alcides Carrión Lima 2010. [Tesis licenciatura]. Lima-Peru: UNMSM. 2010
31. BALEON N. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil Tablada de Lurín Villamaria del triunfo -Lima 2006. [Tesis licenciatura] Lima: UNMSM. 2006
32. MINSA. Norma Técnica de salud para el control de la tuberculosis. Actualización del Sub Numeral 7. Tratamiento de la Tuberculosis de la NTS N°041-MINSA/DGSP-V.01.16 de julio del 2010
33. MARRINER Ann, Modelos y Teorías en Enfermería 5ta. Edición España. 2003 pag.251

ANEXOS

ANEXO 01
CUADRO N° 05

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN LA DIMENSION RELACION
DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE
ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR
TACNA, 2013**

RELACION	N°	%
Desfavorable	15	24,2%
Medianamente favorable	31	50,0%
Favorable	16	25,8%
Total	62	100,0%

Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna, 2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que en la dimensión relación del clima social familiar, predomina con (50,0%) medianamente favorable, en los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur, seguido favorable (2,8%) y desfavorable (24,2%).

CUADRO N° 06

CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN LA DIMENSION DESARROLLO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR TACNA, 2013

RELACION	Nº	%
Desfavorable	13	21,0%
Medianamente favorable	40	64,5%
Favorable	9	14,5%
Total	62	100,0%

Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna, 2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que en la dimensión desarrollo del clima social familiar, predomina con (64,5%) medianamente favorable, en los pacientes con Tuberculosis que asisten a al Microred Cono Sur, seguido desfavorable (21,0%) y favorable (14,5%).

CUADRO N° 07

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN LA DIMENSION ESTABILIDAD
DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE
ASISTEN A LA MICRORED CONO SUR
TACNA, 2013**

DESARROLLO	N°	%
Desfavorable	2	3,2%
Medianamente favorable	48	77,4%
Favorable	12	19,4%
Total	62	100,0%

Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna, 2013.

Descripción:

En el presente cuadro se observa que en la dimensión estabilidad del clima social familiar, predomina con (77,4%) medianamente favorable, en los pacientes con Tuberculosis que asisten a al Micro red Cono Sur, seguido de favorable (19,4%) y de desfavorable con (3,2%).

CUADRO N° 08

**CARACTERISTICAS GENERALES DE DE LOS PACIENTES CON
TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA MICRORED
CONO SURTACNA, 2013**

		Nivel de Autoestima							
		BAJO		MEDIO		ALTO		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Etapa de vida	ADOLESCENTE	0	0,0%	0	0,0%	2	3,2%	2	3,2%
	JOVEN	3	4,8%	20	32,3%	8	12,9%	31	50,0%
	ADULTO	8	12,9%	8	12,9%	6	9,7%	22	35,5%
	ADULTO MAYOR	4	6,5%	0	0,0%	3	4,8%	7	11,3%
	Total	15	24,2%	28	45,2%	19	30,6%	62	100,0%
Sexo	MASCULINO	7	11,3%	14	22,6%	12	19,4%	33	53,2%
	FEMENINO	8	12,9%	14	22,6%	7	11,3%	29	46,8%
	Total	15	24,2%	28	45,2%	19	30,6%	62	100,0%
Grado de instrucción	ANALFABETA	2	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,2%
	PRIMARIA	9	14,5%	5	8,1%	4	6,5%	18	29,0%
	SECUNDARIA	4	6,5%	18	29,0%	10	16,1%	32	51,6%
	SUP. TECNICO	0	0,0%	3	4,8%	1	1,6%	4	6,5%
	SUP. UNIVERSITARIO	0	0,0%	2	3,2%	4	6,5%	6	9,7%
	Total	15	24,2%	28	45,2%	19	30,6%	62	100,0%
Ocupación	AMA DE CASA	5	8,1%	3	4,8%	4	6,5%	12	19,4%
	COMERCIANTE	3	4,8%	3	4,8%	3	4,8%	9	14,5%
	CONSTRUCCION	1	1,6%	2	3,2%	3	4,8%	6	9,7%
	DESEMPLEADO	4	6,5%	1	1,6%	0	0,0%	5	8,1%
	ESTUDIANTE	2	3,2%	7	11,3%	6	9,7%	15	24,2%
	EVENTUALES	0	0,0%	12	19,4%	3	4,8%	15	24,2%
	Total	15	24,2%	28	45,2%	19	30,6%	62	100,0%
Tipo de familia	COMPUESTA	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	1	1,6%
	EXTENSA	6	9,7%	7	11,3%	7	11,3%	20	32,3%
	MONOPARENTAL	4	6,5%	7	11,3%	4	6,5%	15	24,2%
	NUCLEAR	5	8,1%	13	21,0%	8	12,9%	26	41,9%
	Total	15	24,2%	28	45,2%	19	30,6%	62	100,0%

Fuente: Encuesta de Clima Social Familiar aplicada en pacientes con TBC que asisten a la Microred Cono Sur Tacna, 2013.

Descripción:

Respecto a la etapa de vida, en el estudio de investigación, la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima, predomina el grupo atareo joven (50,0%)

En referencia al sexo, de los pacientes encuestados, predomina el sexo masculino (53,2%), de igual forma ellos obtienen un nivel medio de autoestima (22,6%)

En cuanto a la ocupación, los que trabajan en forma eventual y los estudiantes ocuparían el primer lugar (24,2%), seguido de las amas de casa con (24,2%) que preferentemente muestran un nivel de autoestima bajo con (8,1%).

El tipo de familia conformado por los pacientes encuestados, predomina la familia nuclear (41,9%), seguida de extensa (32,3%) y monoparental (24,2%).

ANEXO N° 02

VERIFICACION DE LA HIPOTESIS

PRUEBA DE INDEPENDENCIA JI-CUADRADO

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

- **Hipótesis:**

H_0 : No existe relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

H_A : Existe relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:**

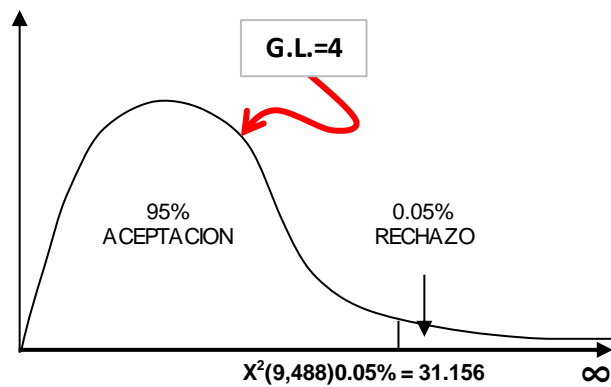
$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue una distribución aproximadamente X^2 con $(r-1)(c-1)=4$ grados libertad.
- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de X^2 es mayor o igual que **9,488**.
- **Cálculo de la Prueba estadística:**

Tabla de Contingencia Nivel de Autoestima * Clima Social Familiar						
			Clima Social Familiar			Total
			Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable	
Nivel de Autoestima	BAJO	Recuento	14	1	0	15
		Frecuencia esperada	9,2	2,4	3,4	15,0
	MEDIO	Recuento	21	5	2	28
		Frecuencia esperada	17,2	4,5	6,3	28,0
	ALTO	Recuento	3	4	12	19
		Frecuencia esperada	11,6	3,1	4,3	19,0
Total		Recuento	38	10	14	62
		Frecuencia esperada	38,0	10,0	14,0	62,0

Prueba de Chi-cuadrado **$X^2=31,156$** **G.L=4 p=0,000**

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque **9,488** es menor que **31,156** y el valor p es < 0.05 .



- **Conclusión:** Se concluye que H_0 es falsa, y que sí existe evidencia de relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur.

ANEXO N° 03

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de oraciones, en las cuales, si Usted cree que respecto a su familia, la frase es: nunca, casi nunca, frecuentemente y siempre marque con una X en el casillero correspondiente.

RECUERDE SE PRETENDE CONOCER LO QUE PIENSA USTED SOBRE SU FAMILIA, no pretenda reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

DATOS GENERALES:

Lugar que ocupa en la familia: Padre () Madre () Hijo () Vive solo ()

Otros () Especifique:

Edad:.....Procedencia:.....Grado de Instrucción:.....

Ocupación:.....sexo:.....Estado civil:.....

Tipo de familia:.....

N°	Oraciones	Nunca	Casi nunca	Frecuente mente	siempre
01	En mi familia nos ayudamos realmente los unos a los otros				
02	En mi casa nosotros hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos sobre cualquier situación				
03	En mi familia nos reñimos mucho entre nosotros				
04	En general, ningún miembro decide por su cuenta				
05	Las actividades de nuestra familia son planificadas cuidadosamente				
06	Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o a visitarnos				
07	En mi familia cada uno puede hacerlo que quiera				
08	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa				
09	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados				
10	En mi casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo				
11	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia				

12	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada miembro				
13	Pasamos en casa la mayor parte del tiempo libre				
14	En mi casa las normas son bastante inflexibles				
15	En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión				
16	En mi familia es difícil desahogarse sin molestar a nadie				
17	Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras				
18	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones				
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios				
20	Las persona de mi familia salimos mucho a divertirnos				
21	En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas				
22	Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras				
23	En mi casa comentamos nuestros problemas personales				
24	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos a otros				
25	En mi familia cada uno decide sus propias cosas.				
26	Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.				
27	Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.				
28	Vamos a menudo al cine, a eventos deportivos, excursiones, etc				
29	En mi casa creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.				
30	Realmente nos llevamos bien unos con otros				
31	En mi casa expresamos nuestras propias opiniones de modo frecuente y espontáneo				
32	En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos delos demás				

Encuesta de Clima Social Familiar adaptado de(Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos, Edison J. Trickett) validado por el psicólogo Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile, Fausto Valencia, adaptada por Bach. Enf. ESEN/UNJBG Janet Fiorella Nina Condori

ANEXO 04

TEST DE AUTOESTIMA

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos un conjunto de preguntas que se refieren a diferentes aspectos de los que piensa o siente. Diga hasta qué punto se relacionan con usted, si es siempre, frecuentemente, algunas veces o nunca, marcando con un aspa la respuesta que se relacione con sus sentimientos.

RECUERDENO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, nos interesa la respuesta de usted.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

.....2.Sexo:.....3.Procedencia:.....

3. Grado de Instrucción: 4. Ocupación:.....

5. Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Otros ()

Especifique:

Nº	PREGUNTAS	Siempre	Frecuente mente	Alguna vez	Nunca
01	¿Expresa sus sentimientos cuando está herido?				
02	¿Los demás tienen en cuenta sus opiniones?				
03	¿Disfruta conociendo y hablando con gente nueva?				
04	¿Se siente cómodo en actos sociales?				
05	¿Es feliz siendo quien es y no quisiera ser otra persona?				
06	¿Está a gusto con su actual lugar de domicilio?				
07	¿Considera que su actual nivel de vida lo hace feliz?				
08	¿Disfruta con su trabajo?				
09	¿La gente lo admira?				
10	¿Es feliz cuando se levanta por la mañana?				
11	¿Hace una contribución positiva en la vida de los demás?				
12	¿Disfruta en su tiempo libre?				
13	¿Se respeta a sí mismo?				

Encuesta de Autoestima validado por el psicólogo Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile, Fausto Valencia, adaptado por Bach. Enf. ESEN/UNJBG Janet Fiorella Nina Condori

ANEXO N° 05

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema: “Relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten a la Microred Cono Sur Tacna-2013”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

ANEXO N° 06

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	4	5	4	4,50
2	5	4	5	5	4,75
3	5	4	5	5	4,75
4	5	5	5	4	4,75
5	5	4	5	5	4,75
6	5	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5	5,00
8	5	4	5	5	4,75
9	5	4	5	5	4,75

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\mathbf{DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}}$$

En este estudio: **DPP = 0.79**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$\mathbf{Dmax = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}}$$

Dmax = 12.00

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

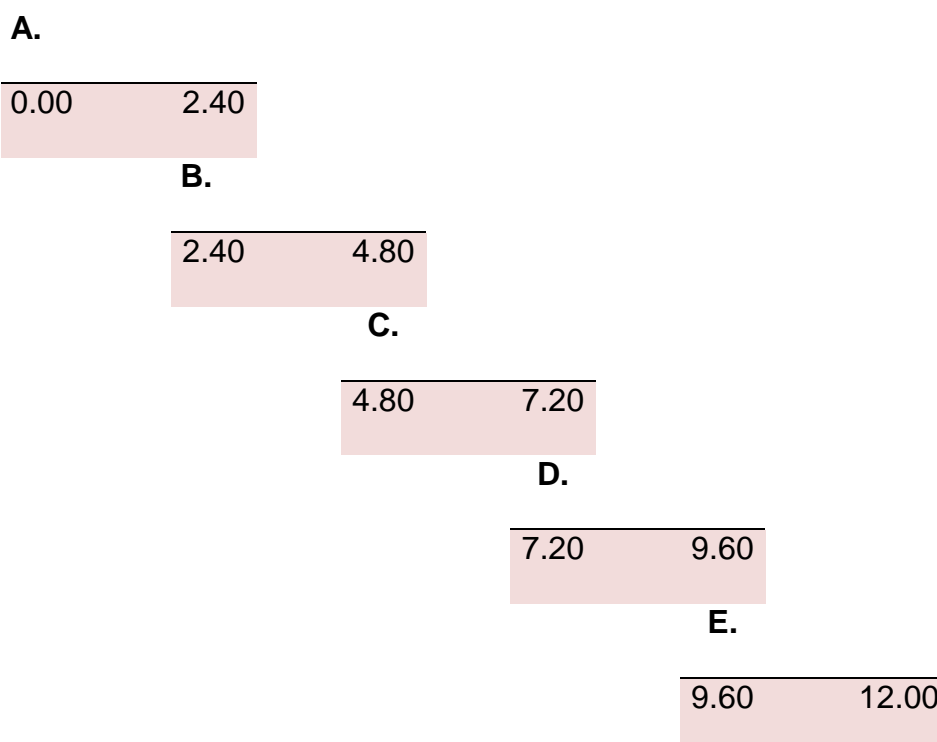
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **0.79** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO 07

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
AUTOESTIMA	0.931	13
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	0.781	35

INSTRUMENTO DE AUTOESTIMA

Análisis de la Fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		Nº	%
CASOS	Validos	15	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	15	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,931	13

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
AU_1	32,333	82,524	,501	,931
AU_2	32,200	79,029	,716	,924
AU_3	31,733	77,210	,793	,922
AU_4	31,800	81,457	,623	,927
AU_5	31,867	79,124	,544	,931
AU_6	31,867	81,981	,464	,933
AU_7	32,200	75,457	,811	,921
AU_8	31,733	81,781	,507	,931
AU_9	32,333	79,381	,707	,925
AU_10	32,000	75,857	,866	,919
AU_11	32,400	78,543	,708	,925
AU_12	31,933	71,495	,896	,917
AU_13	31,600	75,829	,813	,921

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
34,667	91,524	9,5668	13

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CSF_1	85,667	95,952	,499	,766
CSF_2	85,933	97,210	,405	,770
CSF_3	86,133	100,552	,189	,779
CSF_4	85,867	95,124	,408	,768
CSF_5	86,067	92,638	,565	,761
CSF_6	86,800	100,457	,185	,779
CSF_7	86,200	103,029	,041	,785
CSF_8	85,533	95,552	,607	,764
CSF_9	86,000	104,429	-,038	,787
CSF_10	87,200	108,029	-,369	,792
CSF_11	86,067	99,067	,387	,772
CSF_12	86,000	91,857	,671	,757
CSF_13	85,733	101,781	,070	,786
CSF_14	86,067	97,924	,311	,774
CSF_15	85,733	95,210	,425	,768

CSF_16	86,267	103,924	-,024	,790
CSF_17	86,600	103,114	,047	,784
CSF_18	85,667	101,810	,086	,784
CSF_19	85,200	103,171	,094	,781
CSF_20	86,800	95,457	,367	,771
CSF_21	85,733	94,781	,550	,764
CSF_22	85,400	93,971	,654	,760
CSF_23	86,267	96,638	,509	,767
CSF_24	86,400	104,257	-,034	,788
CSF_25	85,867	99,552	,231	,777
CSF_26	86,000	104,857	-,066	,788
CSF_27	86,733	91,495	,581	,759
CSF_28	86,333	99,381	,322	,774
CSF_29	85,400	95,971	,516	,766
CSF_30	85,867	93,552	,589	,761
CSF_31	86,333	102,095	,163	,779
CSF_32	85,933	105,781	-,128	,790
CSF_33	86,400	93,971	,410	,768
CSF_34	86,267	101,638	,108	,783
CSF_35	85,933	106,210	-,156	,791

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
88,600	104,400	10,2176	35

