



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LOS  
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR QUE  
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CAQUETA RIMAC,  
2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**LUZ SILVANA ESPINOZA ESPINOZA.**

**LIMA – PERÚ**

**2018**



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios que es y será la luz,  
Salvación y fortaleza de mi vida.

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por formar parte del estímulo constante en el logro de mis metas.

Al Mg. Erik Mario Chávez Flores, por su apoyo y asesoría en la presente investigación, y a través de él y todos los docentes por sus enseñanzas, guía y orientaciones en mi desarrollo profesional.

**ASESOR DE TESIS:**

Mg. Erik Mario Chávez Flores

## **JURADOS**

Presidente: Dr. Patrick Albert Palmiere

Secretario: Dra. Rosa Pérez Sigvas

Vocal: Mg. Graciela Guevara Morote

# ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Asesor de Tesis.....	v
Jurado.....	vi
Índice.....	vii
Índice de Gráfico.....	ix
Índice de tabla.....	x
Índice de Anexos.....	xi
Resumen.....	xii
Summary.....	xiii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>14</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Justificación.....	19
1.4. Objetivo.....	20
1.4.1. General.....	20
1.4.2. Específicos.....	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	26
2.2. Base teórica.....	30
2.2.1. Tuberculosis.....	30

2.2.2. Clima Social Familiar por Rudolf H. Moos.....	36
2.2.3. Autoestima.....	38
2.3. Terminología básica.....	43
2.3. Hipótesis.....	44
2.4. Variables.....	44
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODO.....</b>	<b>47</b>
3.1. Tipo y nivel de Investigación.....	47
3.2. Población y muestra.....	48
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	50
3.5. Aspectos éticos.....	51
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>53</b>
4.1.1 Resultado General.....	53
4.1.2 Resultados específicos .....	55
4.2. Discusión.....	59
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
5.1 Conclusiones.....	65
5.2 Recomendaciones.....	74
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
<b>GRAFICO N°1</b>	Nivel de Autoestima de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017	56
<b>GRAFICO N°2.</b>	Nivel del clima social familiar de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá-Rímac 2017.	57
<b>GRAFICO N°3.</b>	Dimensión autoestima: afectiva y cognoscitiva-social de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017.	58
		59
<b>GRAFICO N°4.</b>	Dimensión relación del Clima Social Familiar: desarrollo, estabilidad y relaciones de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017.	

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla N°1.</b> Relación de Clima Social Familiar y nivel de autoestima de los pacientes con TBC que acuden al centro de Salud Caquetá – Rímac 2017	55

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO A.</b> Escala de Clima social familiar	77
<b>ANEXO B.</b> Test de autoestima	79
<b>ANEXO C.</b> Otros resultados	80
<b>ANEXO D.</b> Solicitud del Centro de Salud	95

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con TBC que asisten al C.S Caquetá. **Metodología:** Tipo cuantitativo, método descriptivo, correlacional de corte transversal, conformado por una población total de 50 pacientes, obtenidos por criterios de inclusión y exclusión. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos son: el Test de Autoestima validado por el Psicólogo Fausto Valencia, Catedrático de la Universidad Católica de Chile y actualizado en el 2007 por Baldeon R. N., para determinar el nivel de autoestima Y la Escala de Clima Social Familiar Adaptada (Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos, Edison J. Trickett) que evalúa las características del clima familiar social. **Resultados:** el 100% (50) total, el 48% tiene una autoestima media, el 34% tiene una autoestima baja y el 18% tiene una autoestima alta; así también, el 46% tiene un clima medianamente favorable, el 28% tiene un clima desfavorable y el 26% tiene un clima favorable, dimensión afectiva de autoestima el 54% nivel medio. Cognoscitiva - social el 52% en nivel medio. Relaciones el 56% un nivel medianamente favorable. Desarrollo el 48% en nivel favorable. Estabilidad el 38% en nivel medianamente favorable. **Conclusión:** a medida que el puntaje del clima social familiar aumenta, el puntaje de autoestima también, por lo que existe una relación de tipo directa, de nivel moderado y altamente significativo entre las variables Autoestima y clima social familiar ( $\rho = 0,446$ ;  $p = 0,001$ )., por lo que se rechaza la hipótesis nula.

**Palabras Clave:** autoestima, Clima Social Familiar, tuberculosis.

## SUMMARY

**Objective:** To determine the relationship that exists between the Family Social Climate and the Level of Self-esteem of the patients with TB who attend the C.S Caquetá. **Methodology:** Quantitative type, descriptive, cross-sectional correlation method, made up of a total population of 50 patients, obtained by inclusion and exclusion criteria. The technique used was the interview and the instruments are: the Self-esteem Test validated by the Psychologist Fausto Valencia, Professor at the Catholic University of Chile and updated in 2007 by Baldeon RN, to determine the level of self-esteem and the Social Climate Scale Adapted Family (Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos, Edison J. Trickett) that assesses the characteristics of the social family climate. **Results:** 100% (50) total, 48% have an average self-esteem, 34% have a low self-esteem and 18% have a high self-esteem; Likewise, 46% have a moderately favorable climate, 28% have an unfavorable climate and 26% have a favorable climate, affective dimension of self-esteem 54% average level. Cognitive - social 52% in medium level. 56% relations a moderately favorable level. Development 48% at favorable level. Stability 38% in moderately favorable level. **Conclusion:** as the score of the family social climate increases, the self-esteem score also, so there is a direct type relationship, of moderate and highly significant level between the variables Self-esteem and climate family social ( $\rho = 0.446$ ,  $p = 0.001$ ), so the null hypothesis is rejected

**Keywords:** self-esteem, Family Social Climate, tuberculosis.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tuberculosis (TB) considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por ser una de las 10 causas de mortalidad a nivel mundial. En el 2016, unos 10,4 millones de usuarios que contrajeron TB y 1,7 millones murieron. El 95% de muertes es por TB, en ciertos países bajos y de medianos ingresos. Asimismo, en 7 países acopian el 64% de la mortalidad total; encabezada por la India, filipinas, Nigeria, China, Pakistán, Indonesia y Sur de África. Estimándose en el 2016 un millón de infantes enfermo de tuberculosis, y 250 000 infantes mueren por lo mismo. Así, contrajeron tuberculosis multirresistente (TB-MDR) unas 490 000 personas en el mundo. Disminuyendo el suceso de la tuberculosis a 2% anual desde 2000 - 2016. Siendo el objetivo por alcanzar en la estrategia “Alto a la TB para 2020”, precisa acrecentar esa proporción a un 4% - 5% al año. Por lo que, para 2030 la tuberculosis como epidemia será la meta más afín con la salud global (1).

La TB en el Perú es vigilada y tratada por Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB del Ministerio de Salud, refieren recientemente un objetivo del milenio cumplido en el Perú, al revertir la expansión de la enfermedad; reduciendo en un 52% los casos nuevos de TB entre 1990 y 2015, pasando de 52.000 a 27.000 anuales, y en el 2016 están en 26, 000 pacientes que mueren de tuberculosis al año de los cuales 1,300 son multidrogaresistentes;

reduciendo casi de 3.000 a 1.237 en el lapso de las postreras décadas. Pero, no cambia el que siga siendo el país andino, segundo en toda Latinoamérica, en cifra de casos después de Brasil, siendo los enfermos por cada 100.000 peruanos en 120, solo sobrepasada por Haití. (Según el último informe general sobre tuberculosis de la OMS) La reducción se ha dado paulatinamente en estos últimos 25 años gracias a los progresos financieros del país, pero esto no es pasadero. La desidia política refleja unas tasas de tuberculosis multirresistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR), que actualmente, a pesar de las voluntades de los últimos años, siguen existiendo muy por encima del resto del continente, registrando en Perú casi 1.500 casos de la disaridad MDR, frente a los 702 de Brasil y el alrededor del centenar de Bolivia y Haití. Por lo que, la enfermedad sigue siendo 6 de cada 10 casos en Perú - Lima, siendo un tercio de la población total, y el Callao, el 80% de los mórbidos viven en 18 de los 49 distritos en que divide en conjunto, asentamientos humanos, donde carece de servicios y hacinamiento, que son un caldo perfecto de cultivo para el bacilo. Otros focos de tuberculosis son la costa y la selva. Asimismo, refieren que 8 de cada 10 casos de TBC se adquieren en la comunidad mientras que solo 2 lo hacen en el hogar (2).

Así que para MINSA la TB en el Perú se ve que hay pobre adherencia al tratamiento, siendo esto una grave dificultad de salud pública, siendo las determinantes de la TB, la esfera familiar, núcleo social, económico, psico - emocional entre otros en menor proporción (3).

Es transcendental recalcar que el entorno familiar y general social es el recinto de soporte de tuberculosis porque trasciende a nivel emocional como parte del tratamiento y la rehabilitación del paciente enfermo con TBC; por otro lado, (4) refiere que la columna es familiar, es medio social, ya que es un eje importante en el desempeño del usuario, en tener confianza, incentivos, a cumplir con el tratamiento hacia la recuperación rápida e integrarse a la cotidiana vida. Es por eso, que la subjetividad personal (discriminación social) es entre las

relaciones de enfermedad, en un clima socialmente rehabilitador, por la dinámica general familiar del enfermo, cambia activamente, siendo significativo la angustia física y emocional, por vicisitudes objetivas de vida cotidiana (mengua roles sociales) contribuyendo entre la persona y el ambiente. Con la importancia de la colaboración de la familia, en el transcurso de enfermedad, interviniendo en los arbitrajes y compromisos para llevar la práctica de las intervenciones provisorias, terapéuticas, promocionales, que a su vez serán agentes que ofrecen cuidados y amor. La familia es retomada como un ente muy relevante para la Atención de Salud, contribuyendo el módulo estratégico que puede ser explorado por los expertos de la salud a nivel de apoyo psicoemocional (5).

Otro de los apoyos a nivel psico-emocional del usuario con TBC es la relevancia de la autoestima del paciente, porque esto delimita cuan afecto personal tiene el paciente y eso lleva a la contribución de su existencia de manera positiva. Huanco (6) refiere que la enfermedad es todo trastorno considerado fenómeno simultáneo biológico, psicológico y social. Abordando toda enfermedad física, que puede ser tratamiento psicológico, el cual mejore la adaptación y recuperación de la TBC, aunque tengan una alta autoestima positiva, ayuda a enfrentar los diversos escenarios como el estrés y la ansiedad. Por los factores negativos de autoestima son los aspectos que alteran la conducta del paciente, las críticas y la poca libertad de metas, frustraciones que agobian los semblantes físicos personales, por eso es que siempre se debe centrar en la conducta y no en la persona. Siendo la autoestima buena el motor que desencadena asertividad en funciones socialmente afectivas del usuario con tuberculosis (7).

Es aquí que la intervención de Enfermería refuerza la salud mental, como pilar de afrontamiento a situaciones adversas, frecuentemente las enfermedades forman situación en crisis del usuario con autoestima baja, repercutiendo en un rol transcendental en el seno familiar y en el tiempo de su rehabilitación, curación de enfermedad.

Siendo esta intervención en especial por la enfermera que trabajara de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), relacionando a la persona, familia y su ambiente social - comunidad como un todo, enfatizando un nivel promocional – preventivo del área Salud Mental, incentivando buenas estrategias de nivel, con finalidad de evadir enfermedades a la mente y decadencias a nivel psico-emocional del paciente con TB (8).

Durante el internado comunitario se realizó en el Centro de Salud Caquetá se observó que los usuarios con TB son muy temerosos, callados otros en llanto, algunos mostraban vergüenza al saber de su enfermedad; asimismo, al realizar las visitas domiciliarias de uno de los casos, llamó la atención, el caso del hermano de una paciente que refirió: “señorita que nadie se entere que mi hermana tiene la enfermedad”

[...] “si alguien le pregunta porque viene díganle que es para ayudar con víveres “, dicho esto por otro familiar de la misma paciente mujer de 21 años con MDR.

[...] “Ya no quiero salir de mi casa porque me veo muy delgada” dicho esto por la misma paciente mujer de 21 años con MDR.

Por estas expresiones y observaciones del sentir del paciente, como de los familiares, se valora las perspectivas del usuario ante la enfermedad.

Del análisis de la situación problemática descrita surgen algunas interrogantes tales como: ¿Qué características tiene el Clima Social familiar de los pacientes con TBC? ¿Qué Nivel de Autoestima tienen los pacientes en tratamiento por TBC pulmonar? ¿El Nivel de Autoestima tendrá relación con el Clima Social Familiar?

Es de suma importancia saber la relación puntual del clima social familiar y en nivel de autoestima de los usuarios con TBC, por esta gnosis del Sistema problemático planteado, se decidió formular el Problema de Investigación que a continuación se señala.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación que existe entre el clima Social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Caquetá-Febrero 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación busca ser significativo y relevante ante la ciencia, la tecnología y el mundo de la Salud preventiva - promocional, sustentando la importancia, y por qué sus resultados fortalecen y/o amplían las sapiencias acerca del clima familiar social correlacionado a autoestima, ya que el beneficio directo es para al paciente con TB; en mejoras de la intervención estratégica de los establecimientos de salud (ESNP) y los programas de tuberculosis (CTB) , ya sea en la monitorización y atención supervisada del usuario con TB, o en la visión del profesional de salud, fundamentalmente al de enfermería, siendo ella la que amplía las ciencias al respecto, y sobre todo en las variables de este estudio, así fortalecer el rol de liderar en programas promocionales - preventivos del ámbito multidisciplinario de la ESNP y CTB; por tanto garantizar capacidades nuevas de transformación en bien de salud e integralidad. Así este estudio reafirmara un valor teórico en nuestra realidad y en el contraste complementario bibliográficamente a la crónica de dar desarrollo a investigaciones afines de estas variables, de modo que nos asienta aproximarnos a conocer más la problemática (9).

El resultado de esta investigación será de modelo matemático, por ser un instrumento factible para ser utilizado en la vía práctica dentro del programa de vigilancia de la TB, en el rol de brindar al paciente consideraciones como ser holístico, que prematuramente los riesgos conductuales permitan desarrollar - formular estrategias, en actividad del reforzamiento de lo provisorio y promocional dirigidos a la familia - comunidad, y en el fortalecimiento de la autoestima en la cabida de

crisis situacional enfrentados a esta enfermedad, por lo cual, generar proyectos factibles de intervención, y realzando la eficacia de vida integral del usuario, explicara la validez de nuestros instrumentos utilizados en esta investigación a fin de ser explícito en el contexto de la realidad. Metodológicamente el instrumento de esta investigación puede servir para otras investigaciones similares.

Asimismo, se recalca a la tuberculosis como un padecimiento que no distingue clase social, es un malestar que, afecta físicamente y psicológicamente viéndose también afectados los usuarios que los rodean, los familiares y amigos, reafirmado por Quevedo y Huanco (4, 5) Esta investigación favorece al Centro de Salud Caquetá; al identificar la relación coexistente entre el clima social familiar y autoestima de usuarios con TB, se determinó las posibles deficiencias que deben ser salvadas por el personal de salud, medico, enfermero, psicólogo, basadas en las influencias de las recomendaciones, promoción y prevención de la TB. Observando los resultados de esta investigación son convenientes porque permitirán clarificar las posibles deficiencias y eficiencias, esto servirá a enfermería para que planifique y desarrolle acciones dirigidas a la familia de nuestros pacientes como un ente colectivo, perteneciente a los segmentos sociales y concretos en situación actual.

#### **1.4. OBJETIVOS:**

##### **1.4.1. Objetivo General:**

Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá - Abril 2017.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá - abril 2017.
- Identificar el Clima Social Familiar de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá - abril 2017.
- Identificar el Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá - abril 2017 según dimensiones: afectiva y cognoscitiva – social.
- Identificar el Clima Social Familiar de los pacientes con Tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá - abril 2017, según dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Revisando la bibliografía se halló los siguientes antecedentes internacionales relacionados a la investigación:

Craig G.M. Canadá – 2017. Cuya investigación sistemática fue: “La tuberculosis estigma como un determinante social de la salud: una revisión sistemática de mapeo de la investigación en los países de baja incidencia”. Se identificaron veintidós estudios; la mayoría adoptó un enfoque cualitativo y tuvo en objetivo evaluar los conocimientos, creencias y actitudes acerca de la tuberculosis. Siendo una revisión sistemática de literatura identificando investigación sobre el estigma y la tuberculosis intervenciones asociadas para mitigar el impacto del estigma de la TB. La tuberculosis (TB) relacionado a estigma es un importante determinante social de la salud. La investigación pone de relieve cómo el estigma general, puede tener un impacto considerable sobre los individuos y las comunidades, incluyendo retrasos en la exploración de atención médica y la adherencia al tratamiento. Los resúmenes de 204 citas fueron identificados a partir de la búsqueda y un adicional de 14 a partir de otras fuentes (incluyendo siete artículos que el autor usara al ejecutar parámetro de los países de

baja incidencia). Los cincuenta y tres artículos duplicados que reviso se retiraron, dejando 165 resúmenes, y se excluyeron 134 de estos. De los 31 artículos restantes, nueve fueron excluidos en la revisión completa, dejando 22 estudios en total. Hay una escasa investigación sobre la evaluación de los estigmas congruentes con la TB en los países de baja incidencia. Pocos estudios incluyeron el estigma como un tema sustantivo. Sólo un estudio tenía como objetivo reducir el estigma. Una serie de estudios sugiere que las medidas de control de la tuberculosis y las representaciones de los migrantes en la información de los medios de TB estaban implicadas en la producción de estigma. La escasez de modelos conceptuales y teorías sobre cómo los factores sociales y estructurales se cruzan con el estigma era evidente. Las futuras intervenciones para reducir el estigma, y las mediciones de eficacia, se beneficiarían de una base teórica más fuerte en relación con el estigma tuberculosis y la intersección entre los factores sociales y estructurales de la salud (10).

Orovwigho A. Olese E., Uwakwe R., Chukwu D., Aguocha Ch. y Igwe M. Nigeria 2016. Cuya investigación fue: "Estudio autónomo de la autoestima y destreza o angustia psicológica en pacientes con tuberculosis y fractura en hospitales seleccionados en Enugu, Nigeria: un estudio comparativo". El diagnóstico de la tuberculosis y la fractura y tratamiento de las extremidades inferiores puede afectar el bienestar psicológico del paciente. Los problemas psicológicos pueden afectar el bienestar general del usuario y dificultar la atenuación de los síntomas físicos. Los síntomas psicológicos reflejan la autoestima de los individuos y el nivel de angustia psicológica. El objetivo de este estudio es conocer y comparar la salud emocional y la autoestima en pacientes con tuberculosis y fractura admitidos en unidades de tórax en el Hospital Universitario de la Universidad de Nigeria, en el Hospital Universitario de la Universidad Estatal de Enugu y en el Hospital Nacional Ortopédico de Enugu, Nigeria. Métodos: La población de estudio consistió en

126 usuarios con tuberculosis pulmonar que recibieron tratamiento en clínicas de tratamiento directo con tratamiento de corta duración (DOTS) y 126 pacientes con fractura de extremidades inferiores en la clínica de emergencia y de pacientes ambulatorios. Se manejó el programa de entrevista sociodemográfica para evaluar las características sociodemográficas de los encuestados. “El síntoma Checklist-90” fue el instrumento que utilizó para evaluar la extensión de los síntomas psicológicos en ambos grupos de encuestados y el índice de autoestima se utilizó para evaluar la autoestima. Resultados: Se halló una prevalencia significativamente mayor de trastornos psiquiátricos en el grupo de tuberculosis (25,4%) que en el grupo ortopédico (7,6%). Finalmente, los autores concluyeron:

Los trastornos psiquiátricos encontrados incluyeron depresión, ansiedad, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal (SCL-90). La baja autoestima fue más prevalente entre los pacientes con TB comparada con la fractura (11).

Rinzing Tsoden B. Gangtok – Bután. 2016. Cuya investigación fue: “Significados sociales e implicaciones de la tuberculosis: un estudio en Sikkim”. Tuvo como objetivo estudiar el nivel de conciencia y percepción sobre la enfermedad entre los pacientes de tuberculosis y otros. Como metodología utilizaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos para recolectar y analizar los datos. En el método cualitativo, el concepto teórico de estigma de Erving Goffman se utilizó para comprender el impacto del estigma en los pacientes y para examinar cómo se estiman las personas estigmatizadas. El tamaño de la muestra consta de alrededor de 150 encuestados. Se utilizó muestreo voluntario para identificar a los encuestados. Los principales encuestados fueron los pacientes con TB, secundarios. Para recolectar datos se utilizó un programa de entrevistas semiestructuradas que contenía preguntas cerradas y abiertas, observación y discusión en grupos focales. Concluye que:

Se logró el objetivo de comprender la marca del estigma y sus influencias en las interacciones de los individuos infectados por la tuberculosis y otros; demostrando que el estigma vinculado a la enfermedad afectó la vida de la gente, dando lugar a muchos problemas sociales. El estigma también fue visto como un obstáculo en la adhesión al tratamiento y debido al temor de ser estigmatizado, los usuarios a menudo demoran en buscar ayuda que conduce a un aumento en el número incidente de TB. Los datos de campo también revelan que la carga de enfermedad era alta entre las mujeres. La mayoría de los encuestados infectados con la enfermedad también eran mujeres según los datos recolectados en el campo. La naturaleza del estigma que rodea a la enfermedad también afectó los roles de género (12).

Zarate Rubiano L. C. Chía, Cundinamarca, Colombia. 2014. Cuya investigación fue: "Promoción de salud en los usuarios con TB: revisión metódica de literatura". Es revisión metódica de literatura partiendo del cuidado enfermero en la promoción de salud de los usuarios con TB, Método: escogimiento y leída de artículos, investigaciones cualitativas y cuantitativas afines de TB en las diferentes dimensiones (Biológicas, socioculturales y personales) el cuidado enfermero en promoción de salud en usuarios con TB. Resultados: exploración de investigación fue, primero la enfermedad, su proceso del progreso de la misma en el huésped, otros propósitos y políticas tanto internacional como nacional, sobre promoción - prevención de enfermedad, por último, estos planes de análisis y cuidados enfermero basados en el modelo de promoción de salud de la Enfermera Nola J. Pender, con utilización estratégicas de diagnósticos de NANDA, y del NIC y el NOC. El autor concluyó que:

Promocionar la salud encaminada a las actividades individuales y colectivas para conductas sin riesgo de salud y vida saludable, siendo para el control de enfermedad dependiente de enfermería como rol importante, en la

curación y el alta, siendo un proceso vigilado también por la familia, así la enfermera, aplicara los diagnósticos NANDA y los NIC y NOC, que son implementados en el cuidado y actividades, creando un entorno propicio para las buenas conductas del paciente. Es fundamental ejecutar las intervenciones de enfermería con mutuo acuerdo enfermera – paciente, siempre identificando necesidades, y satisfacerlas con planes de acción nuevos, favoreciendo la instrucción en la familia y fortaleciendo el vínculo con el paciente en su núcleo familiar (13).

Vinaccia S. Quinceno J. M, Fernandez H., Pérez B. E., Sánchez M.O. Colombia 2013. Cuya investigación fue: “Calidad de vida correlacionada con salud y apoyo social observados en usuarios con diagnóstico de TB pulmonar”. Objetivo: evalúa dimensiones en calidad de vida correlacionada con salud y apoyos sociales vistos en usuarios con TBCP de la ciudad de Medellín, Colombia. Método: estudio descriptivo, tipo transversal, Participaron 60 pacientes discrecionales de ambos géneros con TB pulmonar (TBCP) entre los 18 y los 70 años apuntados en el programa de control y prevención de TB de Metrosalud de Antioquia, Colombia. Resultados: en la valoración de calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36 y el Cuestionario DUKEUNK para evaluar el apoyo social funcional. La muestra obtuvo una buena calidad de vida y poco apoyo o respaldo social. Hallándose una alta fiabilidad en general del estudio con alfa de Crombach superior a 80. Concluyendo lo siguiente:

El estigma social correlacionado mantiene creencias infundadas sobre transmisión de la enfermedad dándose por contactos minúsculos con usuarios infectados de TBCP. Finalmente, la convicción suficiente muestra que hay disímiles factores psicosociales afiliados a TBCP, lo cual la hipótesis se apoya en contribución del curso clínico. Diseñando un modelo de intención a la integralidad necesario en TBCP. El impacto de la TBCP es angostamente vinculado a la situación social,

estado civil, lo educativo, lo cultural y lo económico, incurriendo en el perfil de engranaje con la calidad de vida propia (14).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

En el contorno nacional se halló las siguientes investigaciones concernientes con este estudio y sus variables:

Apaza Coazaca L. V. y Ccallohuanca Pacheco K.M. Juliaca – Perú 2016. Cuya investigación fue: “Factores de riesgo relacionados al nivel de autoestima en usuarios con TB de la red de salud San Román, abril a junio 2016.” Tuvo como Objetivo: Describir factores de riesgo que correlaciona con el nivel de autoestima en usuarios adolescentes con TB. Material y métodos: diseño no experimental, de tipo descriptivo - analítico, con muestra de 47 adolescentes con TB. Resultados. adolescentes con TB son el 89,36% de edades de 17 a 18 años; el 51,06% son de sexo masculino; 46,81% son grado de instrucción superior universitaria, el 87,23% tienen diagnóstico de TB pulmonar; el 72,34% están en la primera fase del tratamiento; el 65,96% tuvieron reacción adversaria al fármaco antituberculoso; el 61,70% cumplieron el tratamiento; el 51,06%; tuvieron apoyo de la familia; estos tienen TBC con un nivel de significancia  $P < 0,05$ ; el 78,72% tienen nivel baja autoestima, un 21,28% es media. Concluyendo lo siguiente:

Los riesgos son componentes paralelos con el nivel de autoestima en usuarios adolescentes con TBC, que tienen tipologías personales del usuario, también aspectos sociales y biológicos (15).

Suarez Rodriguez R. y Zapata Silva L. Lima – 2015. Cuya investigación fue: “Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del usuario con TBCP en el Hospital Huaycán, Lima, 2015”. Tuvo como objetivo determinar la correlación entre la autoestima y autocuidado de los usuarios con TBCP.

Material y métodos: Investigación esencial, de campo descriptiva, diseño correlacional - transversal; la muestra por 68 usuarios con TB pulmonar. Con instrumentos de recolección de datos manejados por escalas de autoestima de Rosenberg y apreciación de autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency Scale) de Isenberg y Evers. Resultados: exponen que coexiste correlación significativa entre la variables, autoestima y autocuidado ( $r=0.261$ ,  $P=0.031$ ), así la correlación entre la autoestima y las dimensiones de autocuidado, se halló relación directa y significativa con interacción social ( $r=0.299$ ,  $P=0.013$ ); a cambio, no se encontró analogía reveladora con las dimensiones de bienestar propio, consumo de comidas, actividad y sosiego, desarrollo personal y promoción. Concluyendo que:

Existe correlación típica entre el nivel de autoestima e interacción social del usuario con TB pulmonar. Finalmente, la muestra que fue más de la mitad, exhiben un nivel de autoestima medio, siendo un desafío para los trabajadores de salud, en esencia para enfermería, al exponer orientación a estrategias dirigidas a la autoestima en nivel alto en los usuarios con TB, reduciendo el riesgo de autoestima y en el efecto de autocuidado, por correlación directa y significativa, es fundamental implicar a la familia como pilar terapéutico y apoyo socialmente irremplazable para el usuario con TB pulmonar (16).

Espinoza Alzamora S. y Olivera Rojas J. S. Nuevo Chimbote – Perú. 2015. Cuya Investigación fue: “Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el usuario con TB del centro de salud el progreso. Chimbote, 2014”. Tuvo como objetivo conocer la correlación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso. Método: tipo descriptivo Correlacional y de corte transversal, como base la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy con, el objetivo general de reconocer la correlación entre autoestima, apoyo social y la obediencia del tratamiento

farmacológico antituberculoso del usuario. La población estuvo conformada por 30 pacientes con TB; para recolección de datos se utilizó los instrumentos: Escala de valoración de autoestima, Cuestionario de Apoyo Social, Ficha de control del tratamiento farmacológico antituberculoso. Resultados: cumplen el tratamiento farmacológico antituberculoso el 66.7% y no cumple el 33.3%, existiendo correlación característica entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ( $p=0,0221$ ); Conclusiones:

Existe correlación altamente significativa entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso y el apoyo social ( $p=0,0013$ ) (17).

Quevedo Cruz L. N., Villalba Porras F. K., Sánchez Requin R.I., y Velásquez Carranza D. Lima – Perú 2015. Cuya investigación fue: “Relación del soporte social y familiar en la obediencia del tratamiento de usuarios con TB pulmonar en centros de salud”. Objetivos: Determinar la correlación del soporte social y familiar en la obediencia del tratamiento de usuarios con TB Pulmonar. Material y métodos: tipo de estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. Con población fue de 52 usuarios registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB en los Centros de Salud: San Juan de Amancaes y Flor de Amancaes. Como técnica la encuesta, los instrumentos son cuestionarios confiables por Juicio de experto, que evaluaron el soporte social y familiar en la obediencia del tratamiento. Resultados: Un 81,8% de los pacientes percibieron un nivel alto de soporte familiar y social mostraron obediencia al tratamiento, el 36.4%, percibieron bajo nivel de soporte familiar y social, mostraron cumplir el tratamiento. Enfrentado estadísticamente y significativa ( $p=0,034$ ). Mientras que un 40,4% no cumplen, y un 59.6% si cumplen el tratamiento. Se concluyó lo siguiente:

La columna familiar y social es significativo en la recuperación del usuario, ya que el este se siente confiado y determinado a cumplir con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su cotidiana vida (18).

Gomero de la Cruz, C. M., y Gonzales Palacios N. J., Callao – Perú. 2013. Cuya investigación fue: "Clima social familiar y Nivel de Autoestima de los usuarios con TB de la Microred Santa Fe 2013", tuvo como objetivo determinar la relación entre Clima Social Familiar y el nivel de Autoestima en dichos pacientes. La metodología fue de tipo descriptivo - correlacional y de corte transversal, con un ejemplar de 44 usuarios, pertenecientes a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB ESN-PCT. Se utilizaron dos instrumentos de tipo Likert: La Escala del Clima Social Familiar y la escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados denotan que del 100% (44) de los pacientes, solo el 24.97% (11) presento un clima social familiar adecuado, mientras que el 74.94% (33) presento un clima social familiar entre moderadamente adecuado e inadecuado. Por otro lado, en relación al nivel de autoestima de los ptes, se observé que solo el 22.67% (10) presento un nivel alto de autoestima, mientras que el 77.24% (34), presenté una autoestima de medio a bajo nivel. Finalmente, al establecer la relación mediante le prueba correlacional de Pearson, con un nivel significativo de 95% ( $p= 0.002$ ), La investigación concluyó que:

Existe una correlación directamente proporcional significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los usuarios con TB, con lo cual se corrobora la hipótesis planteada (19).

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Tuberculosis**

## A. Definición

La enfermedad de tuberculosis (TB) es infectocontagiosa, curable, prevenible y con relevancia social. Esta enfermedad es causada por *Mycobacterium*, bacteria que principalmente aqueja los pulmones, esta infección transmisible a otra persona por vía aérea, ya que uno de sus síntomas es la tos, si una persona tose, estornuda o escupe, despiden fácilmente los bacilos, y las personas a su alrededor quedan contagiadas. Siendo las personas inmunodeprimidas, como los que padecen desnutrición, diabetes, VIH entre otros, con riesgo mayor a enfermar. La TB tiene como síntomas la tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc., durante meses, nos revela que debe acudir al médico, para ser atendido a tiempo. Una usuaria con Tb activa puede infectar por un año a 10 a 15 personas por contacto directo (20).

La TB a nivel mundial es una repercusión el cual es limitado por la Organización Mundial de Salud (OMS) que desde muchos años siguen desarrollando un marco de monitoreo de Tb con indicadores, con datos recopilados año a año, en el 2017, 201 países y territorios que presentan más del 99% de la población mundial y también casos de tuberculosis, refieren en contexto de las estrategias mundiales recomendadas contra la TB periodo 2016 – 2035 sean sostenibles por las Naciones Unidas (ONU) con un objetivo común de concluir con la epidemia mundial de TB. Los objetivos específicos establecidos en las estrategias finales que incluye una reducción del 90% en muertes por tuberculosis y una reducción del 80% en la incidencia de TB (nuevos casos por año) para 2030. El logro de estos objetivos entre atención y prevención da cobertura universal de salud, acción multisectorial para afrontar los determinantes sociales y económicos a las consecuencias de la TB. La TB es la novena causa en todo el mundo de muerte, y la causa principal de un único agente infeccioso, que se ubica por encima del VIH / SIDA. En 2016, hubo un estimado de 1.3 millones

de muertes por TB entre personas VIH negativas (por debajo de 1.7 millones en 2000) y 374,000 muertes adicionales entre personas VIH positivas. Se estima que 10.4 millones de personas enfermaron con TB en 2016: 90% eran adultos, el 65% eran hombres, el 10% eran personas que vivían con el VIH (el 74% en África) y el 56% se encontraban en cinco países (20).

La OMS también refiere el (tratamiento de la TB 2013) como tipos que son: tuberculosis sensible, tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) que no responden a la rifampicina y la isoniazida, siendo lo más grave la Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) el cual es farmacorresistente porque no responde a los fármacos antituberculosos de segunda línea. Para curar y tratar la TB de forma activa es cuando es sensible a antibióticos, a combinación estándar de 4 medicamentos administrados por 6 meses, acompañados de información, tareas, supervisión por los agentes sanitarios o personal capacitado. Sin este apoyo el cumplir con la terapéutica sería difícil, y prolongaría la enfermedad. Ya calculan que para el 2000 y 2016 se han salvado más de 53 millones de vidas por diagnóstico y tratamiento adecuado (21).

Así llegamos a la TB en el Perú, que erradita actualmente 32 millones de peruanos, en el 2016 se registraron 3,500 de TB MDR, se notificaron 1457 casos confirmados por laboratorio (más que años anteriores), y se estima que cada año fallecen al menos 1600 personas por TB, unos 2,200 casos de TB-VIH, y solo tuvieron superación al tratamiento el 34% de los casos de TB MDR, y este fue mayor para los XDR con 65% de casos. Lo cual nos hace mencionar que el Perú es el segundo país de América latina en números de casos de TB después de Brasil. Destacando que identificar a sintomáticos respiratorios (SR), en números dominantes, se ha aumentado en los 5 años últimos, obteniendo un valor de 1 774 000 SR identificados en el 2015. La prevalencia de TB se da por falta de prevención y promoción de salud, ya que los

índices epidemiológicos de TB en las regiones de salud están en 80% de aumento en Lima metropolitana y callao, informaron que el 59.3% de casos de TB a nivel nacional (21).

## **B. Atención de enfermería al usuario con tuberculosis en el Perú:**

El sistema de vigilancia de TB en el País, revela los casos manejados por los distintos establecimientos de Salud de diferentes tipos de complejidad, por lo que los trabajadores de Salud muestran una alta sensibilidad comparada con otros sistemas de salud, ya que aportar información que contribuya con la prevención y control de esta enfermedad atribuye a disminuir riesgos en la población vulnerable, permitiendo la planificación de implementar y evaluar la práctica de Salud pública, interiormente integrada a la difusión de TB en Perú (22).

Siendo la TB como una enfermedad principalmente ocupacional y notificada obligadamente en el Perú, por lo que el personal de Salud experimentado, entre ellos el valor de la enfermera frente a la TB es de mucha importancia. El plan de control de infecciones por TB son los primordiales en los Hospitales y Centros de Salud, siendo el enfoque Biomédico en la gestión pública y determinantes con base social de Salud manejados muy bien por la enfermera, siendo la educación el mayor instrumento dentro de la vigilancia epidemiológica de familia con sus pacientes con TB.

Alarcón refiere que durante el 2011 - 2015, los avances alcanzados en el control de TB en el Perú, es incesante suceso reductivo de TB, comprometido con el Estado, de acuerdo a Ley 30287 y Reglamentos. Por tanto, está pendiente agendar y conseguir desafíos que para el año 2035 declare libre al Perú de TB, tasa incidente > 10 casos de TB por cada 100 mil habitantes. Posteriormente, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y

Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud (MINSA), han logrado adelantos reveladores en el control de TB; sin embargo, aún permanecen retos que corresponden ser topados por el personal de Enfermería con el equipo de Salud para incluir a los usuarios con TB a nivel social.

La inclusión social de los familiares y sus pacientes con TB a la sociedad, se dan a través de múltiples estrategias de Salud, sumados a la actividad de vida diaria, es notable lograr el resultado de reducir la incidencia de TB. Gestiones y abordajes de los determinantes en los últimos años, le han permitido al personal enfermero laboral de acuerdo a los avances y estudios de TB, como la contribución peruana de "Control de Tuberculosis", desarrollando jornadas científicas impulsadas por el ministerio de Salud, instituciones públicas, consorcios científicos, organismos no gubernamentales y académicas, coordinando con MINSA y jurisdicciones municipales, que son operadores finales (23).

### **C. Aspecto social familiar del paciente con tuberculosis:**

El apoyo familiar se define como previsión de recursos mediante red social y familiar, los pacientes con tuberculosis se refugian en su hogar, para el apoyo moral y emocional en la complacencia de sus necesidades traspasando procesos de interacción, emocional, valorativo, informativo y económico. El apoyo emocional se da con énfasis en la confianza, atención y amor al adulto enfermo, basado en el vínculo de unión característico de la fraternidad y empatía. El apoyo valorativo en el paciente con tuberculosis y sus familiares, son positivas caracterizado en la capacidad funcional, informativo que benefician la salud y la comunicación. Los bienes y servicios en la vida cotidiana usan las relaciones sociales, que para conseguir objetivos y metas se acompaña de la integración social y el crecimiento personal (24).

El cargo básico del sistema familiar es funcionalmente dinámico relacional interactiva que para la percepción del paciente con Tb es

importante mejorar las relaciones interpersonales, lo que favorece el mantenimiento de la salud en adaptación y recuperación. La familia efectúa funciones implicadas en el progreso biológico psicológico y social de las personas. La familia para los pacientes da valor alto y significativo comprometido en lo social y personal. Si definimos el APGAR familiar, establece la funcionalidad, siglas que representan a la adaptación, participación, crecimiento, efecto y recursos (25).

El funcionamiento familiar se ve con perspectiva sistemática, ya que la familia es un grupo compuesto, integrada en la sociedad como nexo. La familia como sistema es una unidad de características de reciprocidad, intrafamiliar que señalan funciones básicas. Por lo que la dinámica familiar se divide en funcional (una familia unida en armonía por todos sus miembros en estructura estable) y disfuncional (familia en situaciones conflictivas y desunidas) (26). Entonces mucho dependerá del tipo de familia que pertenece el paciente con TB para un mejor afrontamiento activo de la enfermedad, ante el estrés. Además, Rosales refiere que al observar las familias en crisis no es familia disfuncional; es por contextos implicados en cambios, con metamorfosis en el sistema familiar; idóneo de asimilar las reestructuraciones de acuerdo al familiar enfermo, que pueden dar origen al crecimiento y desarrollo. Las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas fueron resolución de problemas, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva y apoyo social. La mayoría de estas estrategias empleadas forman parte del afrontamiento adecuado, activo adaptativo para el problema y la emoción. Es decir, el paciente el cual estudiamos se adapta al problema, no lo evita, busca solucionarlo recapitulando en su mente la manera de enfrentarlo, expresa sus sentimientos y busca ayuda en su entorno, ya sean familiares o amigos, lo que logra un equilibrio dentro del núcleo familiar y no permite sea interrumpida la homeostasis familiar (27).

#### **D. Aspecto Psicoemocional – autoestima del paciente con tuberculosis:**

El ámbito psicológico en los pacientes con tuberculosis tiene como objetivo la adaptación en el fortalecimiento e impacto de la calidad de vida, tanto para sí misma como para la familia. Se considera y evalúa el afrontamiento a nivel de ajuste propio, dando lugar al conjunto de habilidades, competencias para afrontar situaciones de problema y estrés. La autoestima hace discrepancia, ya que se puede sanar o no, pero se llega a optimar la respuesta en calidad de vida y emocional. La enfermedad es crónica, resultante de diferentes áreas de vida ya sea personal, familiar, socio - económica y laboral. Para evolucionar el grado de autoestima, es necesario enfocar las distintas facetas de la personalidad, así los niveles de autoestima varían de acuerdo a los factores personales, motivando la forma de ser, comportarse e interrelacionarse. Para aplicar los componentes psicológicos que forman la autoestima es convergente a la efectividad propuesta por el tiempo(28).

A tallar la importancia de la familia para con la persona enferma con TB, es la fuente principal de apoyo, por lo que el respeto y la autoestima en el área familiar, convierte la familia en el primer ambiente de acogida y solidaridad, con la misión en reconfortar al enfermo; además, los pacientes con TB requiere la atención y reconocimiento de otros, saber que se le acepta como miembro de la sociedad, y es allí donde entra la labor de la enfermera, que es quien está en continuo contacto no solo con el adulto sino también con su familia (29).

Cuando algún familiar padece enfermedad, los cuidados son enormes y las características son de sobreprotección, la fusión o unión excesiva es en la relación familiar. Estas son psicósomáticas incapacitadas para remediar problemas e inquietudes en mantener la paz, impedir conflictos, rigidez, entre sus miembros que no

logran relacionarse, es la típica familia que no presenta problema alguno, al contrario, es una familia ejemplo y sus relaciones interpersonales es buena, aparentando ser familia normal, que son, las que necesita el paciente con TB (26).

### **2.2.2. Clima Social Familiar Por Rudolf H. Moos.**

#### **A. Concepto**

Dentro de la formación del individuo en el transcurso de su vida, es importante el papel que juega la familia, ya que es una necesidad básica del hombre, el núcleo de la familia es tener hijos, teniendo un peso emocionalmente significativo entre los seres que viven bajo el mismo techo. Esta unidad de personalidades forma vínculos entre sí, interactuando dentro de los sistemas de emociones y necesidades, manteniendo una integridad social relacionada por fuertes afectos recíproca. La funcionalidad familiar en sistema de habilidad y cohesión, está definido en relaciones de roles, estructura de poder, con normas y reglas, en el sistema conyugal o familiar en cambio de la evolución de estrés situacional. Para mantener la vinculación emocional familiar es fundamental el comportamiento humano, la contempla combinación entre variables gubernamental y organizacional. El clima social familiar se da en un ambiente de cohesión, expresivo, conflictivo, independiente, orientado a metas y cultura intelectual, recreando religiosidad, formación y control. Sus peculiaridades socio ambientales es paralelo a las relaciones interpersonales en la familia, con estructura básica y estable (19) y (30).

La sociedad está cada vez más globalizada, por lo que los factores sociales, culturales, económicos y afectivos son partes de un contexto de parentesco familiar, dentro de un hogar el matrimonio es importante y básico de la vida social, ya que se dan procesos de cambios sociales, políticos y económicos. La entidad basada en la biología es el clima social familiar, los cuales cada miembro de la

familia sabe su función dentro del hogar como en la sociedad, de acuerdo a sus intereses culturales en el impacto intercomunitario (31).

Para el ciclo de vida familiar las relaciones son físicas y psíquicas, con vínculos de soporte y lealtad dentro de sus miembros, clasificándose como clima socialmente del campo psicológico general vinculado a la atmosfera objetiva de las dimensiones del clima social. Otra clasificación es el clima familiar que también contempla una atmosfera notable en clima interno del hogar, periodos de la vida en fricción del componente del núcleo familiar, mostrándose a consecuencias críticas y censura la atmosfera de adaptación personal y social con compromiso afectivo y físico en todo momento. Entonces el clima familiar saludable estimula el crecimiento de sus miembros como personas capaces de sentir bienestares seguros e importantes (32).

La teoría de MOOS sobre el clima social de la familia se define por sus síntesis que componen: la relación, desarrollo y estabilidad. En su escala se utilizaron métodos para lograr conocimiento y comprensión apropiada al contexto social de las familias (33).

**B. Clima Social Familiar por Rudolf H. Moos, clasificado en dimensiones de:**

- **Relaciones:** como grados de comunicación, libre expresión familiar y el grado de interacción conflictiva. Integradas por tres características graduales: como la Cohesión que compenetra a la familia que se apoyan entre sí. Otro es la expresividad actuada libremente en los sentimientos familiares entre sí. Y también está el conflicto: libre de expresión y dispensación del cólera, ofuscación y aprietos familiares.

- **Desarrollo personal:** Evalúa el proceso familiar, progreso personal, que son promovidos, o no, por la vida en común. Comprendidos en tipologías: como la familia autónoma y seguro en sí, autosuficientes pues toman sus oportunas decisiones. Y en lo social – Recreativo participa los otros tipos de destrezas en actividades.

- **Estabilidad:** la familia se da pesquisa sobre la estructura y organización manteniendo control normal ejercidos por miembros de la familia sobre otros. Establecidos por dos peculiaridades: como Distribución clara y estructurada al proyectar actividades, responsabilidad familiar. Y otro es el control en direccionar la vida familiar, en tener reglas en rutinas establecidas.

Los cambios de estos sistemas en las dimensiones del clima social familiar están llenos de componentes que forman la armonía en el núcleo comunitario y socialmente adoptado a las relaciones de personas entre sí .(34)

### 2.2.3. Autoestima

#### A. Concepto

Etimológicamente, autoestima es conformado por el prefijo griego autos (autos = por sí mismo) y por la palabra latina “aestima” del verbo “aestimare” (evaluar, valorar, tasar). Autoestima es formada por un concepto “auto”, aludiendo a la persona en sí (por sí misma); y apego, valorando de la persona misma. Entonces conceptualmente autoestima es la moción de valor propio, de ser quienes somos, vinculados con rasgos corporales, mentales, espirituales, conformados con personalidad. El resultado de la historia personal de sus interacciones con otros, en el transcurso de la vida es que se forma la autoestima, con estructura sólida y estable, con fortaleza de carácter transitorio (35).

La poderosa fuerza de autoestima está dentro de cada uno. Comprendido por el sentido innato de autovalía, presumiendo nuestro derecho al nacer, ya que los psicoterapeutas u otros especialistas intentan avivar aquellos con quienes nos rodeamos, y que solo la autoestima la antesala la autoestima. Así el autor Branden (2011) refiere que existen muchos conceptos de autoestima, pero si esta pierde su significado preciso desciende al nivel de palabra común, no la tomarían en serio, y sobre todo llegar a las personas que realmente la necesitan. Por esto, la experiencia de la autoestima es ser idóneos en la vida y para las necesidades de vida, que consisten en: la confianza del contenido de pensar y enfrentar los retos básicos de vida; confiando en el derecho de ser felices, merecedores de alcanzar con derecho a afirmar insuficiencias y gozar de los frutos de esfuerzos propios (36).

## **B. Importancia de la autoestima**

La madurez emocional es el modo, en que nos consideramos, respetarnos a nosotros mismos; con juicios generales sometidos, tan significativo como el nuestro propio. Así, la autoestima positiva es menester primordial en una plena vida. Esta autoestima tiene dos elementos importantes, es contenido personal y una emoción de aprecio personal. En otras palabras, tener autoestima es tener confianza y con respeto por sí mismo, cuando uno enfrenta retos de la vida (en percibir y prevalecer problemas) con derecho a ser feliz (respetando y defendiendo sus intereses y necesidades). El proceso de desarrollo, y en sí de la vida, que es resultado de causas aportadas negativamente de los demás, por lo que desarrollar autoestima es tener convicción de que uno compite para vivir, alcanzando metas y experiencias con plenitud. Cultivando la autoestima es desear ampliar la capacidad de alegría, querernos más, saber que cuanto más alta nuestra autoestima mayor serán las posibilidades, ambiciones y

experiencias enriquecedoras, ya que lo parecido se atraen entre sí, y la salud llama a la salud con vitalidad (37).

La autoestima de cualquier nivel, son experiencias íntimas, que se dan en el núcleo de nuestro ser, siendo lo que se piensa y siente de sí. Por eso las propias deliberaciones y disposiciones, desempeñan un decisivo papel en el nivel de autoestima que despleguemos. Veremos una autoestima auténtica si se percibe mejor el logro espiritual, y victoria en el perfeccionamiento de la cognición. Así, la categoría de la autoestima sana, radica en el cimiento capaz de expresar la activa y positiva oportunidades de trabajo, amor y diversión, que nos hace posible disfrutar la vida (38).

### **C. Niveles de la Autoestima:**

Según Fausto Valencia (Psicólogo) sobre autoestima y su clasificación en:

- I. **Baja:** Dentro de este nivel la autovaloración es escasa y negativa, la persona con escasa autoestima carece de confianza en libertad sobre sus propios actos, se considera una frustración, con tropiezos que a la larga se rechaza y termina en situaciones de miedo, timidez o inseguridad. Adoptando actitudes o posturas de derrota que no ayudará en sus metas.
- II. **Media:** Mantener la autoestima se equilibra al autoconocimiento de su capacidad colectiva y propia, dentro de los problemas y necesidades, que también pueden ser dañadas. Tipo de persona tiene confianza buena en sí mismas, pero en ocasionalmente cede. Siendo personas que intentan mantener la dinámica con los demás, no siendo incapaces y débiles, sino útiles y capaces, pero puede que interiormente están tolerando sufrir.

**III. Alta:** Se describe en la forma de relacionarse sin compararse con el resto, colaborando en su beneficio personal, con exceso de amor propio. La persona con gran autoestima convive, coopera con la integridad, honestidad, compromiso, juicio y afecto; que siente importante, en confianza con su propia capacidad, y fe en sus propias disposiciones lo que figura su mejor partido, hacia la aceptación positiva dentro de las propias críticas.

Los bajos niveles de autoestima constituyen un factor desencadenante de crisis en conjunto con la vulnerabilidad biológica y otros factores relacionados con eventos vitales y la presencia de psicopatología que favorecerían niveles importantes de estrés (28).

#### **D. Autoestima y sus Factores:**

La autoestima es indicada por diversos analistas en desiguales áreas significativos de vida en cada persona, atribuido de forma global en las diferentes consideraciones: (Branden 2011) (36)

- El reconocimiento de los errores con Autocrítica, saber aceptarnos, superarnos, satisfacernos con sentido a la utilidad, es ser reconocido por los demás.
- Aceptar la vida con responsabilidad, como consecuencia de decisiones personales, con rol victimario, secundario a lo que podamos ser protagonistas (deberían ser) existentes, poder crear la situación de vida.
- El respeto hacia sí misma y hacia el propio valor como persona, claro que la propia valía es la primera igualdad de inclusión personal, familiar, siendo responsables, autómatas para la propia salud psíquica. Reconociendo el amor propio y el derecho de ser feliz.
- El límite de los propios actos y el de los actos de los demás, actos regidos con respeto, sin dañar, relacionados a la

voluntad, con propósito al reparo, reivindicando el respeto básico de toda relación.

- Espacios con autonomía para la realización y la independencia en el trayecto del buen camino, alcanzando la madurez de las metas, como potencia personal.

La autoestima se divide en dimensión afectiva y cognoscitiva – social; lo cual se define así:

- Afectiva: capacidad de sentir las expresiones de los sentimientos, sensaciones, temores, receptivos al vínculo.
- Cognoscitivo – social: confianza en poder descubrir como son, como funciona, y se relacionan las cosas, receptivos al conocimiento y la aceptación de pertenecer a un grupo social y ser partes de la sociedad dentro de entornos nuevos.

#### **E. Autoestima y la tuberculosis en la actualidad:**

La enfermedad de tuberculosis como trastorno biológico, psicológico y social es manejada desde la perspectiva física, ya que tiene un abordaje multidisciplinario, considerándose desde la vista situacional como adaptativa, ya que, para el paciente tener una autoestima alta y positiva dependerá de los contextos de estrés propio a la enfermedad. Este afrontamiento es proclive a manejar el nivel adaptación o ajuste de la enfermedad, esto es el punto de partida en una vida diaria proactiva y optimista en competencias (28).

A pesar, de que toda enfermedad disminuye, la autoestima, la autoimagen en la persona es la respuesta emocional a la vulnerabilidad momentánea dentro de los aspectos de la vida, pero muy a pesar de ello, se puede optimar la calidad de vida. Como la realidad de la tuberculosis frente a la autoestima forma un conjunto de emociones, conocimientos, percepciones dirigido al cuerpo y carácter. Siendo la base de la suficiencia, derecho por el cual, el

ser humano embarga la realidad de conseguir la felicidad teóricamente natural, con la necesidad del aprecio, respeto y un poco de adulación. Por eso la autoestima a través de la plática, la tolerancia, lo comprometen, a buscar soluciones, expresar ternura y afecto, escuchar con paciencia y fomentar la colaboración. En efecto, los hijos son educados y tolerantes, convirtiéndose en adultos competentes, seguros, críticos, reflexivos y constructivos dentro del clima familiar social (39).

## **F. TERMINOLOGÍA BÁSICA:**

**-Pacientes con Tuberculosis:** Aquellas personas que tienen por diagnóstico tuberculosis, con afirmación bacteriológica (BK+) indicados al tratamiento antituberculosos, variados en esquemas, el cual es evaluada y se mantiene el seguimiento dentro de una sociedad de salud.

**-Familia:** La familia definida por la OMS en que “los parientes del hogar vinculados entre sí, incluso un grado terminante por matrimonio - sangre o adopción”.

**-Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TB en ESN-PCT:** Órgano técnico sistemático dependiente de una dirección general de salud, responsables de establecer el proceso, normas e instrucciones para el control y respaldo de TB en el Perú.

**-Establecimiento de Servicio de salud:** Son centro de salud, postas y hospitales del Ministerio de Salud y gobiernos regionales gubernamentales, que atienden el 85% de las necesidades en la atención en salud.

**-Autoestima de los usuarios con tuberculosis:**

valoración de un conjunto de conocimientos, tendencias, evaluaciones, comportamiento y sentimientos, encaminadas hacia los propios, la manera de ser y de conducta que tienen los pacientes con tuberculosis de sí mismos, de sus experiencias, complejidades, de sus éxitos o fracasos en sus relaciones interpersonales, aceptándose, haciendo frente a las dificultades de la vida con personalidad a lo afectivo, cognoscitivo - social.

**-Clima social Familiar de los usuarios con tuberculosis:**

Caracterizando lo socio - ambiental representados por familias cercanas, amigos, personas de confianza que los usuarios con tuberculosis están relacionados interpersonalmente, y se apoyan frente al proceso de estabilidad y roll familiar.

## **2.4 HIPÓTESIS**

“Cuanto más propicia es el clima social familiar, mayor será el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis”

**H1:** coexiste relación directa entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá.

**Ho:** No coexiste relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro de Salud Caquetá.

## 2.5.1. Matriz de Operacionalización de la variable: Clima social familiar

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Clima social familiar	Tipo de variable según su naturaleza:	Son las características socio ambientales que las familias, amigos, personas de confianza, cercanas a los pacientes con tuberculosis en cuanto a sus relaciones interpersonales,	Son las características socio ambientales que presentan las familias, amigos, personas de confianza, cercanas a los pacientes con tuberculosis del centro de Salud Caquetá en cuanto a sus relaciones interpersonales, desarrollo y estabilidad en el roll familiar. El cual será medido por la escala Clima social familiar.	Relaciones	Cohesión, Expresividad, Conflicto	16 (1, 4, 5, 7, 9 , 11, 13, 15, 16, 23, 28, 29, 32, 33, 34, 35)	Clima Social familiar Favorable	(22 – 35) puntos
				Desarrollo	Autonomía – social, Recreativo	11 (6, 8, 10, 14, 17, 20, 22, 24, 26, 27, 31)	Clima Social familiar Medianamente favorable	(16 – 21) puntos
	Escala de medición: Ordinal	relaciones interpersonales, desarrollo y estabilidad en el roll familiar.	desarrollo y estabilidad en el roll familiar. El cual será medido por la escala Clima social familiar.	Estabilidad	Organización y control	8 (2, 3, 12, 18, 19, 21, 25, 30)	Clima Social familiar Desfavorable	(0 – 15) puntos
						Positivos: del 16 al 35  Negativos del 1 al 15		Las respuestas Dicotómicas son categorizadas como:  Ítems positivo: Verdadero :1 Falso: 0  Ítems negativo: Verdadero: 0 Falso: 1

## 2.5.2. Matriz de Operacionalización de la variable: Autoestima

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de Ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Nivel de autoestima	Tipo: Cualitativa	Es la valoración de un conjunto de conocimientos, tendencias, evaluaciones, comportamientos y sentimientos, encaminadas hacia los propios, la manera de ser y de conducta que tienen los pacientes con tuberculosis de sí mismos, de sus experiencias, complejidades, de sus relaciones interpersonales, aceptándose, haciendo frente a las dificultades de la vida con personalidad a lo afectivo, cognoscitivo - social.	Es la valoración de un conjunto de conocimientos, tendencias, evaluaciones, comportamiento y sentimientos, encaminadas hacia los propios, la manera de ser y de conducta que tienen los pacientes con tuberculosis del centro de Salud Caquetá, valorándose a sí mismos, de sus experiencias, complejidades, de sus relaciones interpersonales, aceptándose, haciendo frente a las dificultades de la vida con personalidad a lo afectivo, cognoscitivo - social. El cual será medido por el test de autoestima.	Afectiva	Reconocimiento y Exteriorización de Sentimientos:	8	Autoestima Baja	(0 – 16) puntos
	Escala de medición: Ordinal				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza</li> <li>• Felicidad</li> </ul>	(1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 12)	Autoestima Media	(17 – 23) puntos
					Aceptación de sí mismo:	5	Autoestima Alta	(24 – 39) puntos
				Cognoscitiva - Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeto</li> <li>• Interacción con personas desconocidas.</li> </ul>	(3, 4, 9, 11, 13)		Las respuestas son múltiples categorizadas en:  Siempre 3 Frecuentemente 2 Alguna vez 1 Nunca 0

## **CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO**

### **3.1. Tipo y nivel de investigación:**

La presente investigación es de tipo cuantitativo, debido a que empleo datos con medición numérica y serán analizados estadísticamente, es de nivel descriptivo correlacional, porque explica el comportamiento de una variable en función de otra. permitiendo estudiar y entrelazar variables, como en el contexto, favorece la autenticidad halladas dependiendo del clima social familiar y el nivel de autoestima de los usuarios con TB asistentes al Centro de Salud Caquetá, dentro del espacio y tiempo terminante.

### **3.2. Población**

La población fue agrupada por todos los usuarios con TB de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de TB, con un total de 50 usuarios con TBC Sensible (40 pacientes), TBC MDR (7 pacientes) y TBC XDR (3 pacientes). Se tuvo una población pequeña, por lo no fue necesario la muestra, esta no es significativa,

trabajándose con el 100% de la población. Los que cumplieron los siguientes criterios:

Inclusión:

- Pacientes diagnosticados con TB Pulmonar.
- Pacientes asistentes a la Estrategia de Control y Prevención de TB.
- Que también asistan al Centro de Salud Caquetá.
- Que puedan leer y escribir.
- < a 18 años de edad.
- Que accedan participar con voluntad en esta investigación (con consentimiento informado).

Exclusión:

- Los que no asisten al Centro de Salud Caquetá.
- Jóvenes > de 18 años.
- Con condiciones físicas (como amputación de extremidades superiores).
- con condiciones para no hablar (comunicantes sordos, mudo o quechuahablante u otro idioma).
- Que no admita colaborar en el estudio.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se utilizó la técnica de encuesta y los instrumentos fueron: el Test de Autoestima aprobado por el Psicólogo Fausto Valencia, Profesor Catedrático de la Universidad Católica de Chile y actualizado en el 2007 por Baldeon R. N., el cual determinó el nivel de autoestima de los usuarios con TB; También la Escala de Clima Social Familiar Adaptada (Rudolf H.

Moos, Bernice S. Moos, Edison J. Trickett) que evaluó las particularidades del clima social familiar de los usuarios con TB.

El Test de Autoestima, consta de 13 preguntas, de sufragio múltiple, y el valor final: Baja, Media y Alta. Este test es escala de medición de 0 a 3, tipo Likert y ordinal. El instrumento consta de cuatro partes estructuradas: Siendo la presentación, seguido por instrucciones, luego dar lugar a los datos principales generales, y por último dar lugar a las 13 preguntas correspondientes a las dimensiones de la variable. Su duración empleada en la escala es de 10 –20 minutos. El resultado de validez y confiabilidad es de 0.75, por esto es confiable en un 75%, con un margen de error al 25%.

La Escala de Clima Social Familiar Adaptada por (Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos, Edison J. Trickett), como una escala de cálculo tipo Likert ordinal con 34 oraciones (juicios) despegadas de la Escala de Moos original, dividido en 20 propuestas positivas y 15 negativas; dando una medición de forma en: caso positivo: V (verdadero): 1; F (falso): 0 – En caso Negativo: F (falso): 1. Estas estipulaciones son de opción dicotómica, de valor final Favorable, Medianamente Favorable y Desfavorable. Así está estructurado con 4 segmentos: como la presentación, la instrucción, luego datos puntuales generales, y las 35 oraciones que estudian esta variable. Con duración de 20 –30 minutos para su contestación. Sus resultados son Válidos y confiable en 0.96, o 96 % con un margen de error de 4%.

### **3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La recolección de datos a través de la gestión administrativa respectiva, emitido por una solicitud, adjuntado en el proyecto, a la

Jefatura del Centro de salud Caquetá, con la autorización de la realización del estudio de investigación. Aceptaron el oficio, y la coordinación con la enfermera Jefe respectiva de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de TB, programándose la fecha de recolección de datos, realizados en el mes de abril 2017, en horarios de 8:00 am - 2:00 pm respectivamente. Dicha recolección de datos siguió la aplicación en una semana para el Test de Autoestima y la otra para la Escala de Clima Social Familiar con la finalidad de no extenuar a los encuestados.

Asimismo, en la recolección se solicitó accesibilidad a las distintas fichas de control del tratamiento farmacológico de los usuarios de todos los esquemas y las historias clínicas para discrepar los datos generales. Subsiguientemente se elaboró la codificación de una tabla matriz en tripartita por el programa de Excel que procesó los datos, corroborados en el programa de IBM SPSS Estadistics 23, por los valores de cada Test, tanto de Autoestima (Ver Anexo A) y a cada oración en caso del Cima Social Familiar (Ver Anexo B). Para la categorización de las dimensiones de las variables se presentan de la siguiente manera: para el nivel de Autoestima - Afectivo: el nivel Alto de 15 a 24 puntos; el nivel Medio de 11 a 14 puntos; el nivel Bajo de 0 a 10 puntos. Para Autoestima cognoscitivo – Social, el nivel Altos de 10 a 15 puntos; el nivel Medio de 6 a 9 puntos, y el nivel Bajo de 0 a 5 puntos. Para las Dimensiones del Clima Social Familiar – Relaciones, el nivel Favorable de 12 a 17 puntos; el nivel Medianamente Favorable de 8 a 11 puntos, el nivel Desfavorable es de 0 a 7 puntos. La dimensión Desarrollo: el nivel Favorable es de 7 a 10 puntos; el nivel Medianamente Favorable de 4 a 6 puntos, el nivel Desfavorable de 0 a 3 puntos. Y para la dimensión Estabilidad: el nivel Favorable es de 7 a 8 puntos; el nivel Medianamente

Favorable de 4 a 6 puntos, y para el nivel Desfavorable es de 0 a 3 puntos.

### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

- **Beneficencia**

Al aplicar los test a los pacientes del programa de control contra la TB nos permite identificar si hay relación directa entre el clima social familiar y nivel de autoestima.

- **No maleficencia**

Las encuestas que se aplicó a los pacientes con tuberculosis no causo daño sino es para identificar el clima social y nivel de autoestima.

- **Justicia**

Se aplicó el cuestionario a todos los pacientes con tuberculosis sin diferencia de raza, credo o cultura.

- **Autonomía**

Se aplica a todos los pacientes de TB que acuden al Centro de Salud Caquetá respetando su participación, consentimiento informado.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. RESULTADOS DEMOGRÁFICOS:**

Los datos demográficos encontrados en la entrevista a los pacientes con tuberculosis, es que: (Anexo C)

- Según edad los pacientes con TBC en un 46% que son de 18 a 30 años, de 31 a 40 años son 30%, de 41 a 50 años son el 18% y de 51 a 60 años o más son el 6% de la población total.
- Por otra parte, según sexo los pacientes con TBC masculinos son el 80% y la población femenina son el 20% de la población total.
- También se encontró que el lugar que ocupa el paciente con TBC en su familia cuando son Hijos en un 36%, padres en un 30%, viven solo en un 20% y madres en un 14% de la población total.

#### 4.1.1. Resultado General:

**TABLA 1**  
**Relación entre clima social familiar y autoestima de los**  
**pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de**  
**Salud Caquetá, 2017**

Variables	Clima Social Familiar	
	rho	p
Autoestima	,446 (*)	,001

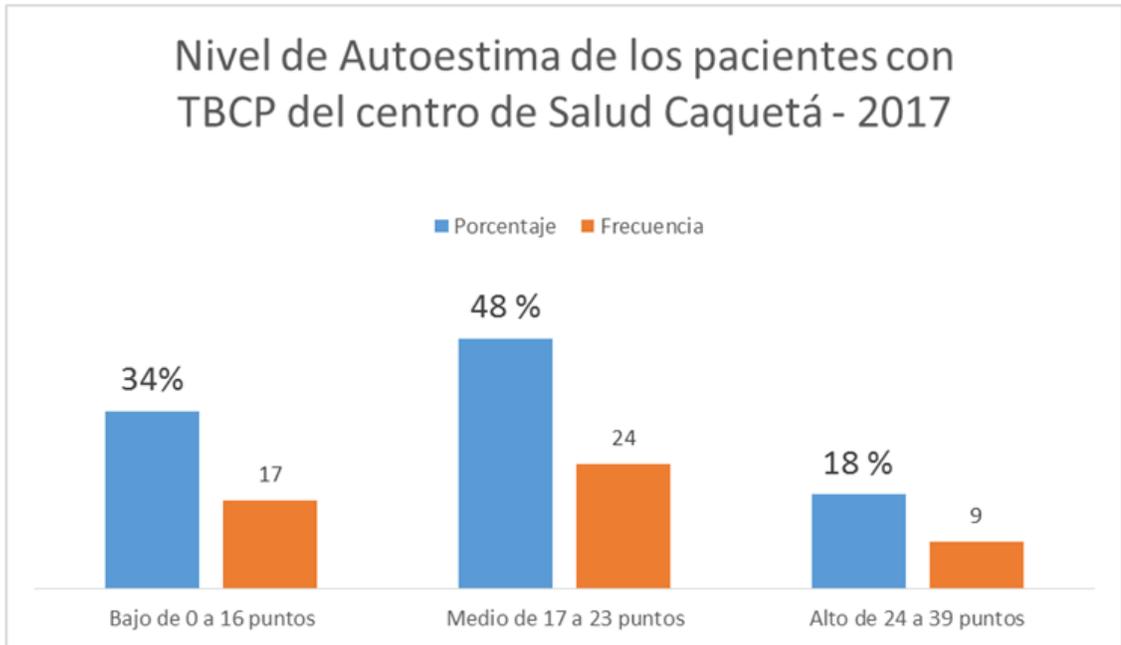
(\*) Correlación significativa ( $p < 0,05$ )

*Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017*

En el análisis estadístico de la relación entre el clima social familiar y autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Caquetá, por medio del coeficiente de correlación de Spearman, la Tabla 1 nos indica que existe una relación de tipo directa, de nivel moderado y altamente significativa entre las variables ( $\rho = 0,446$ ;  $p = 0,001$ ). Por lo tanto, existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la hipótesis nula de independencia de las variables, comprobándose que si existe una relación directa entre ellas. En otras palabras, a medida que el puntaje del clima social familiar aumenta, el puntaje de autoestima también.

#### 4.1.2 Resultados específicos:

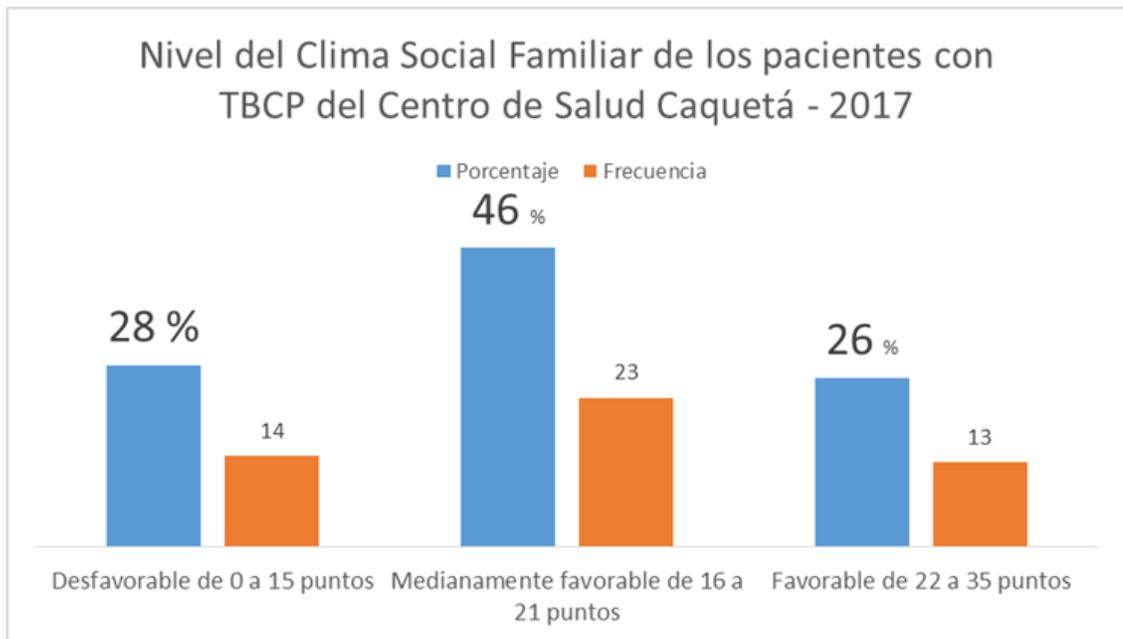
**GRAFICO 1**



*Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017*

En el gráfico 1 se puede observar que del 100 % (50) pacientes con TBC encuestados por autoestima personal, el 48% tiene una autoestima media, el 34% tiene una autoestima baja y el 18% tiene una autoestima alta.

**GRAFICO 2**



*Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017*

En el gráfico 2 se puede observar que del 100 % (50) pacientes con TBC encuestados por Clima social familiar, el 46% tiene un clima medianamente favorable, el 28% tiene un clima desfavorable y el 26% tiene un clima favorable.

GRAFICO N° 3

Dimensiones de autoestima: afectiva y Cognscitiva - social de los pacientes con TBCP del centro de Salud Caqueta - 2017

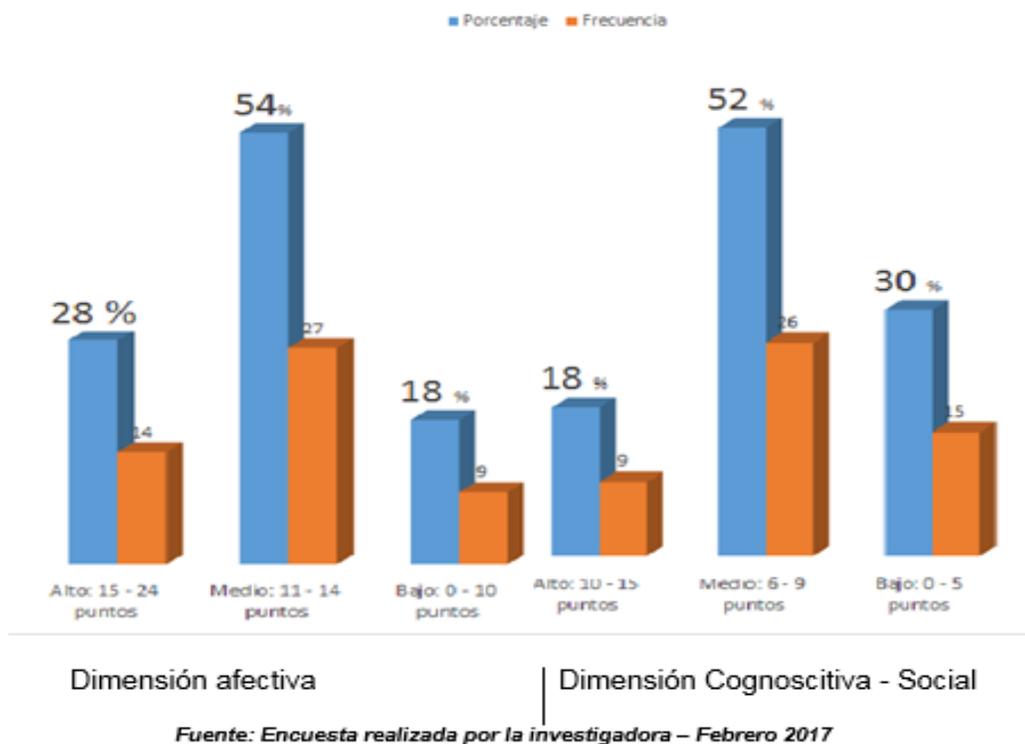
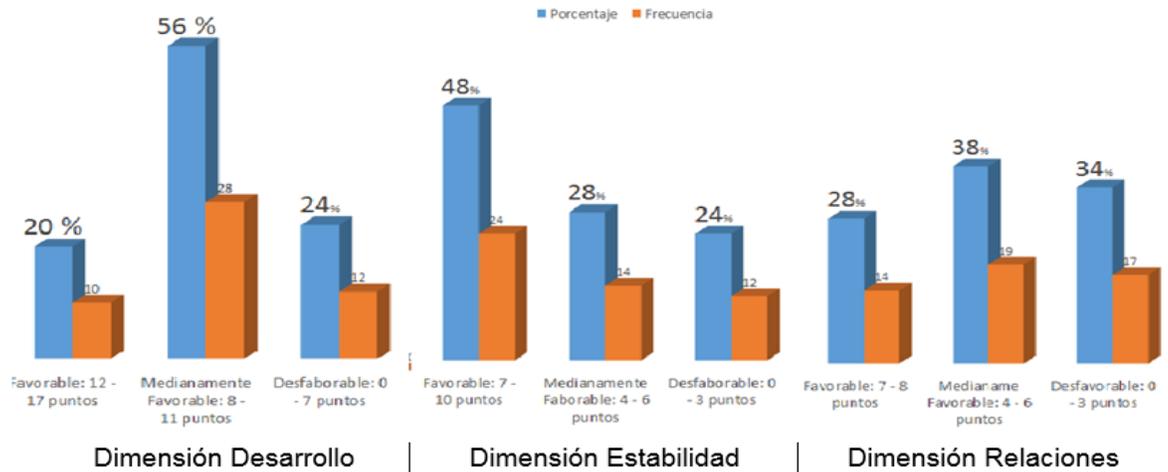


Gráfico 3 Se muestran los niveles Autoestima según dimensión afectiva de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá. Se observa que el 54% (27) alcanzó un nivel medio para este componente. No obstante, el 28% (14) está en nivel alto y el 18% (9) alcanzó un nivel bajo. Asimismo para los niveles de la dimensión cognoscitiva – social de la Autoestima de los paciente con TBC pulmonar; se aprecia que el 52% (26) de participantes que conformaron la muestra se ubica en el nivel medio, el 30% (15) se encuentra en el nivel bajo, mientras que el 18%(9) alcanzó el nivel alto.

### GRAFICO N°4

Dimensiones del Clima Social Familiar: Desarrollo, Estabilidad y Relaciones del paciente con TBCP del centro de Salud Caquetá - 2017



Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017

Gráfico 4 presentan los niveles de la dimensión relación del Clima Social Familiar que perciben los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá. Se puede observar que el 56% (28) alcanzaron el nivel medianamente favorable, el 24% (12), obtuvo un nivel desfavorable y sólo un 20% logro un nivel favorable. Seguidamente para los niveles de la dimensión desarrollo; se puede observar que el 48% (24) de pacientes que consintieron ser parte de la muestra alcanzaron el nivel favorable, el 28% (14), obtuvo un nivel medianamente favorable, mientras que el 24% (12) adquirió un nivel desfavorable. Asimismo para los niveles de la dimensión estabilidad; se destaca que el 38% (19) de pacientes que conformaron la muestra alcanzaron el nivel medianamente favorable, el 34% (17), obtuvo un nivel desfavorable y sólo el 28% (14) logró un nivel favorable

## 4.2. Discusión:

De los datos encontrados en esta investigación podemos mencionar lo siguiente:

- Según gráfico 1 se puede observar el nivel de Autoestima de los pacientes con TBC encuestados, observándose que el 48% tiene una autoestima media, el 34% tiene una autoestima baja y el 18% tiene una autoestima alta.
- Según gráfico 3: para la dimensión afectiva de autoestima se observaron que el 54% alcanzó un nivel medio para este componente, el 28% se ubicó en el nivel alto y el 18% alcanzó un nivel bajo. Mientras que para la dimensión cognoscitiva – social se aprecia que el 52% se ubica en el nivel medio, el 30% en el nivel bajo, mientras que el 18%(9) alcanzó el nivel alto.

Algunos autores como Orovwingho, Apaza y Suarez en sus respectivas investigaciones consideran a la autoestima dentro de los momentos de la vida a resaltando que existe la medio y baja autoestima en los pacientes con TB, a nivel personal se correlacionan a aspectos biológicos y social, entonces, esto nos indica que es importante alcanzar buenas estrategias sanitarias con relación al nivel de autoestima, mencionando así que la dimensión cognoscitiva social delimita en la autoestima. Concordando la importancia del reto para el

personal de salud, sobre todo a enfermería, de que deben formular estrategias orientadas al nivel alto de autoestima en los usuarios con TB pulmonar, así el riesgo y consideración al nivel de autoestima disminuirá los afectos a la capacidad de autocuidado, con relación directa y significativa, involucrando a la familia principalmente quien compone el pilar en lo terapéutico y apoyo social irremplazable para el paciente, por lo cual la dimensión afectiva reflejaría intervención en la familia.

- Según gráfico 2: se puede observar el nivel del Clima social familiar de los pacientes con TBC encuestados por, el 46% tiene un clima medianamente favorable, el 28% tiene un clima desfavorable y el 26% tiene un clima favorable.
- Según gráfico 4: en dimensión relaciones se puede observar que el 56% de pacientes que conformaron la muestra alcanzaron el nivel medianamente favorable, el 24% tuvo un nivel desfavorable y sólo un 20% logro un nivel favorable. En dimensión desarrollo se puede observar que el 48% de pacientes alcanzaron el nivel favorable, el 28% tuvo un nivel medianamente favorable, mientras que el 24% adquirió un nivel desfavorable. En dimensión estabilidad se destaca que el 38% de pacientes alcanzaron el nivel

medianamente favorable, el 34% tuvo un nivel desfavorable y sólo el 28% logró un nivel favorable.

Para los autores Craig, Rinzing, Zarate, Vinaccia y Quevedo en sus respectivas investigaciones resaltan que la tuberculosis con sus factores sociales y de estructura de salud se forma un estigma conceptual que resalta a la sociedad con la enfermedades crónicas como TBCP angostamente emparentado a la situación social, cultural, educativa, estado civil y económica, incurriendo de forma que su calidad de vida sea diferencial. Es por eso que el soporte familiar y social son eje significativo del paciente recuperado, ya que este se siente más confiado y motivado a destacar con su tratamiento para recuperarse rápido y reinsertarse a su vida cotidiana. Tanto para dimensión de relaciones y desarrollo son fundamentales dentro del pilar familiar. En este contexto los autores nos permiten comprimir que para el clima familiar es necesario modelos conceptuales y teorías sobre cómo los factores sociales y estructurales se cruzan con el estigma afectando la vida de la gente, dando lugar a muchos problemas sociales. El estigma también es un obstáculo en la adhesión al tratamiento y debido al temor de ser estigmatizado, los usuarios a menudo demoran en buscar ayuda, que conduce a una acentuación en el número incidente de TB. Así, en el control no solo depende del paciente, sino también de enfermería, ya que el rol juega

con caracteres sobre el control de TB, promocionando la salud, principalmente educar a la familia y al paciente, contribuye favorablemente al plan de acción adaptado, sino también a romper mitos y estigmas de la sociedad con la enfermedad, contribuyendo al espacio fortaleciendo el vínculo del paciente y núcleo familiar. Es por eso que el estigma es netamente social correlacionado a las creencias infundadas de enfermedad y su transmisión en mínimos contactos con los usuarios infectados de TBC Pulmonar. Por esto las dimensiones de relaciones y estabilidad intervienen en la calidad del rol familiar que ocupa el paciente con TB. Con suficiente convicción se muestra diversos factores psicosociales asociados con TBCP.

- TABLA 1. Existe una relación de tipo directa, de nivel moderado y altamente significativa entre las variables Autoestima y clima social familiar ( $\rho = 0,446$ ;  $p = 0,001$ ). Por lo tanto, existen evidencias estadísticas suficientes para rechazar la hipótesis nula de independencia de las variables, comprobándose que si existe una relación directa entre ellas. En otras palabras, a medida que el puntaje del clima social familiar aumenta, el puntaje de autoestima también.

Entre las relaciones autoestima y clima familiar social tenemos las referencias de Espinoza, Gomero y Cruz en sus respectivas

investigaciones que el nivel de autoestima en el paciente tuberculoso se correlaciona con el clima social familiar, como también el apoyo social se correlaciona con el tratamiento antituberculoso, demostrando así que una correlación directamente proporcional significativo entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los usuarios con TB resulta medianamente adecuado e inadecuado consecuente a una autoestima de medio a bajo nivel.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES:**

- Existe una relación entre el clima social familiar y autoestima de los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Caquetá, siendo una relación de tipo directa, de nivel moderado y altamente significativo entre las variables (P valor: 0,05). Por lo tanto, existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula de independencia de las variables, comprobándose que si existe una relación directa entre ellas. En otras palabras, a medida que el puntaje del clima social familiar aumenta, el puntaje de autoestima también.
- Por autoestima personal se observó por dimensión afectiva que la mayoría alcanzó un nivel medio y la minoría alcanzó un nivel bajo. Mientras que para la dimensión cognoscitiva – social se aprecia la mayoría obtuvo el nivel medio, mientras que la minoría obtuvo un nivel alto.
- Los pacientes con TBC encuestados por Clima social familiar según dimensión relaciones se puede observar la mayoría obtuvo el nivel

medianamente favorable, y la minoría obtuvo un nivel favorable. En dimensión desarrollo se observa que la mayoría alcanzó un nivel favorable, y la minoría obtuvo un nivel desfavorable. En dimensión estabilidad se destaca que la mayoría alcanzó un nivel medianamente favorable, y la minoría obtuvo un nivel favorable.

## **5.2 RECOMENDACIONES:**

- Realizar actividades en el ámbito psicoeducativo y sobre estudios experimentales en la familia de los pacientes con TB, con el objetivo de involucrar el cuidado y favorecer el soporte social efectivo.
- Invitar al equipo de salud que labora en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de TB de los centros de salud, a comprometerse en el área psicoemocional en búsqueda de niveles de autoestima desfavorables en el paciente con TB pulmonar.
- Brindar capacitación de apoyo al equipo de salud empleada en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de TB en los centros de Salud en temas de Orientación y la Conserjería de aspectos psicosociales.
- Diseñar talleres dentro del plan psicoeducativo en relación con el paciente y su familia como estrategias de autoayuda, con conciencia tomada hacia el cambio de actitud en relación a sí mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis: perfiles de países [Internet]. © 2018 Washington. Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 2018, mayo 19]. pag. 1. Disponible en:  
<http://www.who.int/tb/country/data/profiles/es/#.WwBsXzS80ho.mendeley>
2. Ministerio de Salud. La Tuberculosis: Introducción [Internet]. Vol. 1. Perú; 2014. p. 27-48. Disponible en:  
<http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/Modulo1.pdf>
3. Bonilla, C., Cortez, I., Herrera, C., Quispe, E. y Aylas R. Control de infecciones de tuberculosis en el establecimiento de salud [tesis licenciatura Internet]. 1st ed. Jacob Creswell M, Moscoso DMY, editores. Ministerio de Salud. Perú: Partners TB Control; 2005. 1-158 p. Disponible de:  
[http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=tuberculosis-007&alias=329-control-infecciones-tuberculosis-establecimientos-salud-modulo-capacitacion-9&Itemid=1031](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tuberculosis-007&alias=329-control-infecciones-tuberculosis-establecimientos-salud-modulo-capacitacion-9&Itemid=1031)
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas: tuberculosis ultrarresistente (TB-XR). [Internet]. 2017 [citado 2018, mayo 19]; Disponible en:  
<http://www.who.int/features/qa/extensively-resistant-tuberculosis/es/#.WwBrdACiCqM.mendeley>
5. Herrera Santí, M.P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Peru, Lima.  
Disponible en: [www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)
6. Huanco Flores C. R. Nivel de autoestima de los usuarios del programa de control de TB del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto - Duksil, 2004 [tesis licenciatura Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

Disponible en: [http:](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1308/Huanco_fc.pdf?Sequence=1&isAllowed)

[//cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1308/Huanco\\_fc.pdf?](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1308/Huanco_fc.pdf?Sequence=1&isAllowed)

[Sequence = 1 & isAllowed](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1308/Huanco_fc.pdf?Sequence=1&isAllowed)

7. Organización Mundial de la Salud. Informe de una consulta de la OMS destinada a aumentar la participación de las comunidades y las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil en la aplicación de la Estrategia para poner fin a la tuberculosis. Washington [Internet]. 2016 [cited 2018 May 19]; Disponible en:

[http://www.who.int/tb/publications/2015/ngo\\_consultation\\_report\\_nov2015/es/#.wwbthpqm03k.mendeley](http://www.who.int/tb/publications/2015/ngo_consultation_report_nov2015/es/#.wwbthpqm03k.mendeley)

8. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Washintong: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 2018, mayo 19]. pag. 1. Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/08/es/#.WwBroJngpnY.mendeley>

9. Soto M, Chávez A. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú [Internet]. Lima - Perú; 2015. Disponible en:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/693981dc3c9d9765052580d6005ac863/\\$file/1\\_\\_asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981dc3c9d9765052580d6005ac863/$file/1__asistbc.pdf)

10. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. El estigma de la tuberculosis como un determinante social de la salud: una revisión sistemática del mapeo de la investigación en países de baja incidencia. Int J Infect Dis [Internet]. 2017; [acceso 24 de marzo de 2017]. 56: 90-100. Disponible en:

<https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=5248541f-41cf-26b7-14fd-56087a5e6e17&documentId=b30648e4-2e1f-33fb-aea2-287af27d8c4>

11. Orovwigho A, Olose E, Uwakwe R, Chukwujekwu D, Aguocha C, Igwe M, y col. Autoestima y angustia psicológica entre pacientes con tuberculosis y

fractura en hospitales seleccionados en Enugu, Nigeria: un estudio comparativo. *Int Neuropsychiatr Dis J.* 2016; 7 (1): 1-11.

12. Rinzing Tsoden B. *Social Meanings and Implication of Tuberculosis: A study in Sikkim.* Sikkim university; 2016.

13. Zarate Rubiano LC. *Promoción de la salud en las personas con tuberculosis: revisión sistemática de la literatura [Tesis para licenciatura].* Colombia: Universidad de la Sabana; 2014. Disponible en: [http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina María Arangure Burgos \(TESIS\).pdf](http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/10409/1/Lina_María_Arangure_Burgos_(TESIS).pdf)

14. Vinaccia S, Fernández H, Quiceno JM, Posada ML, Otalvaro C. *Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.* *Psicol.* 2007; 23(1): 245–52.

15. Apaza Coasaca L., Ccallohuanca Pacheco KM. *Factores de riesgo relacionados con el nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis de la Red de Salud San Román, abril a junio 2016 [Tesis para licenciatura].* Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2016. Disponible en: [http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/671/Apaza\\_Coasaca\\_Lurdes\\_Callohuanca\\_Pacheco\\_Paty.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/671/Apaza_Coasaca_Lurdes_Callohuanca_Pacheco_Paty.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. Rodríguez RS, Silva IZ. *Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima, 2015.* *Rev Científica Ciencias la Salud.* 2016;8(2):44–9.

17. Espinoza Alzamora SK, Olivera Rojas JS. *Nivel de Autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en pacientes con tuberculosis del centro de salud el progreso. [tesis para licenciatura].* Chimbote: Universidad Nacional de Santa; 2015. Available from:

<http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1900/27202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Nancy L, Pilar D, Cruz Q, Liliana R, Requín S, Porras KV, et al. Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. Rev enferm Herediana [Internet]. 2015 [acceso 25 de junio de 2017] 8 (1): 11-6. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/253>

19. Gomero de la Cruz CM, Gonzales Palacios NJ, Subelete Auccacusi E. Clima Social Familiar y Nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013 [Tesis para licenciatura]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/1628>

20. Organización Mundial de la Salud. Reporte de Tuberculosis Global 2017 OMS [Internet]. 1st ed. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, Editor. 2018. Ginebra: WHO / HTM / TB / 2017.23; 2017. 107-123 p. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es>

21. Tejada C., Jacoby E. CD y LD. Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. Perú; 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

22. Aung KJM, Van Deun A, Declercq E, Sarker MR, Das PK, Hossain MA, et al. Exitoso régimen de 9 meses en Bangladesh para la tuberculosis multirresistente entre más de 500 pacientes consecutivos. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2014 Oct 1 [citado 19 de mayo de 2018]; 18 (10): 1180-7. Disponible en: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1027-3719&volume=18&issue=10&spage=1180>

23. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Tesis para licenciatura] Perú: Jun 30 [citado 19 de mayo de 2018]; 34 (2): 299. Disponible en:  
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384>
24. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Saunders MJ, Datta S, y col. Más allá de las píldoras y las pruebas: abordar los determinantes sociales de la tuberculosis. Clin Med (Northfield Il) [Internet]. 2016 Dec 1 [citado 19 de mayo de 2018]; 16 (Suppl\_6): s79-91. Disponible en:  
<http://www.clinmed.rcpjournal.org/cgi/doi/10.7861/clinmedicine.16-6-s79>
25. Sánchez Reyes M. Las necesidades sociales originadas una consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados [Internet]. Universidad Complutense De Madrid; 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/36980/>
26. Rosales Córdova NC, Garrido Pérez SMG, Carrillo Ponte F. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. Horizonte Sanitario [Internet]. 2017 [acceso 24 de marzo de 2017]. 16 (2007-7459-hs-16-02-00127): 127-37. Disponible en:  
<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
27. De EAP, Humana M, Arnold AK, Cárdenas M, Fernando L, Tsutsumi K. Asociación entre disfuncionalidad familiar y depresión posparto en puérperas del Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega. [Tesis Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] 2017
28. Lánigan Gutiérrez ME, García Noris E, li G. Niveles de autoestima en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico Niveles de autoestima en pacientes cubanos con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. 1 Ene-Abr [Tesis para licenciatura]. Cuba: 19 (2017): 1-8. Disponible en:

<https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=1ac53502-eb21-daf9-10d1-841808979047&documentId=91de84c8-b892-318f-b1b3-1e08b6d1a927>

29. Uribe Castro ML. Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1030>

30. De Giron Cruz MS, Robles Hurtado IJ, Santiago Yalan MD. Funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis en el establecimiento de salud de Microred Los Olivos - 2013 [Tesis para licenciatura]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. Disponible en: [www.uch.edu.pe](http://www.uch.edu.pe)

31. Ramos Quispe VA. Nivel De Habilidades Sociales Y Clima Social Familiar De Adolescentes De La Institución Educativa Secundaria Independencia De Puno - 2017 [Tesis para licenciatura]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5184/Ramos\\_Quispe\\_Valeria.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5184/Ramos_Quispe_Valeria.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

32. Herrera Ramos ML. Clima Social Familiar y Autoestima en Adolescente De Una Institución Educativa Nacional De Nuevo Chimbote. [Tesis para licenciatura]. Chimbote: Universidad Cesar Vallejo; 2016. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/226/herrera\\_rm.pdf;jsessionid=5EBB333755CF3B049E622B790AF83CBD?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/226/herrera_rm.pdf;jsessionid=5EBB333755CF3B049E622B790AF83CBD?sequence=1)

33. Rodríguez Alayo GJ, Castro Flores Es. Grado de Apoyo Familiar y Nivel de Autoestima de los Adultos con VIH / Sida. Programa Targa - Hospital Belén De Trujillo-2017 [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3072/1/Re\\_Enfe\\_Gabriela.Rodriguez\\_Ena.Castro\\_Grado.De.Apoyo.Familiar\\_Datos.Pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3072/1/Re_Enfe_Gabriela.Rodriguez_Ena.Castro_Grado.De.Apoyo.Familiar_Datos.Pdf)

34. Arrieta Pongo D. F. Relación entre Clima Social Familiar y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015 [Tesis para licenciatura]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en:  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/87/Arrieta\\_Pongo\\_Deyci\\_Francisca\\_Calidad\\_De\\_Vida\\_Clima\\_Social\\_Familiar.Pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/87/Arrieta_Pongo_Deyci_Francisca_Calidad_De_Vida_Clima_Social_Familiar.Pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Sánchez Tello SS. Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes (Estudio realizado con adolescentes de 14 a 17 años en el instituto IMBCO de Nebaj, Quiché) [Tesis para licenciatura]. Guatemala Universidad Rafael Landivar; 2016. Disponible en:  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/42/Sanchez-Sindy.pdf>
36. Branden N. El poder de la autoestima, como potenciar este recurso biológico. México: Paidós; 2011. 21-43 p.
37. Calderón Cajavilca NE, Mejía Morales ER, Murillo Antonio NG. La autoestima y el aprendizaje en el área de personal social de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la institución Educativa N ° 1190 Felipe Huamán Poma De Ayala. [Tesis para licenciatura] Chosica: Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle; 2014.
38. Negrete Unocc A N. Autoestima y actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el centro de salud - Micaela Bastidas 2011 [Tesis para licenciatura]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013. Disponible en:  
[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/281/Negrete\\_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/281/Negrete_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

39. Herrera Quincho ML. Prácticas de autocuidado y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis que asisten al centro de salud la Tinguíña Ica, diciembre 2016 [Tesis para licenciatura]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica; 2017. Disponible en:  
[http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1256/T-TPLE-Mariana Liliana Herrera Quincho.pdf? Sequence = 1 & isAllowed = y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1256/T-TPLE-Mariana%20Liliana%20Herrera%20Quincho.pdf?Sequence=1&isAllowed=y)

## **ANEXOS**

## ANEXO A. ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Buenos Días, soy Silvana Espinoza Espinoza, en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio sobre Clima Social Familiar de los pacientes que se atienden en este centro de salud, por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente las preguntas que siguen a continuación. Es anónima, agradezco anticipadamente su participación, ya que la información que nos brinda servirá para mejorar la atención de los pacientes.

### INSTRUCCIONES:

A continuación, le presentamos una serie de oraciones, en las cuales usted tiene que marcar con una X en el espacio 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 ( ).....

**ORACIONES: NEGATIVAS:** V = 0, F = 1; **POSITIVAS:** V = 1, F = 0

N°	ORACIONES NEGATIVAS	V	F
1	En nuestra familia reñimos mucho		
2	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
3	En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
4	En mi familia es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo		
5	Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.		
6	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
7	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos a otros		
8	Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.		
9	En mi casa creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
10	En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.		
11	En mi casa no hay libertad de expresar claramente lo que se piensa.		
12	En mi casa las normas son bastante inflexibles		
13	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o Independiente		
14	En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera		
15	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados		
	<b>ORACIONES POSITIVAS</b>	V	F
16	En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión		
17	Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o a visitarnos		
18	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
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	En mi familia cada uno decide sus propias cosas.		

25	Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente		
26	Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.		
27	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la Independencia		
28	Realmente nos llevamos bien unos con otros		
29	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y Espontáneo		
30	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada Persona		
31	Pasamos en casa la mayor parte del tiempo libre.		
32	En mi familia se concede mucha atención y tiempo cada a uno		
33	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
34	En mi familia nos ayudamos realmente unos a otros.		
35	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		

## ANEXO B. 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. Recuerde NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, nos interesa la respuesta de usted.

### PUNTAJES:

Siempre (3) puntos.

Frecuentemente (2) puntos.

Algunas Veces (1) puntos.

Nunca (0) puntos.

### DATOS GENERALES:

1. Edad: ..... 2. Sexo: .....

1. Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Separado ( )

2. TBC: Sensible ( ); XDR ( ); MDR ( )

### PREGUNTAS: MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA

N°	PREGUNTAS DE AUTOESTIMA	3	2	1	0
1	¿Expresa sus sentimientos cuando está herido?				
2	¿Los demás tienen en cuenta sus opiniones?				
3	¿Disfruta conociendo y hablando con gente nueva?				
4	¿Se siente cómodo en actos sociales?				
5	¿Es feliz siendo quien es y no quisiera ser otra persona?				
6	¿Está a gusto con su actual lugar de domicilio?				
7	¿Considera que su actual nivel de vida lo hace feliz?				
8	¿Disfruta con su trabajo?				
9	¿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?				

## ANEXO C. OTROS RESULTADOS

**Cuadro 1: Relación del Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los pacientes que acuden al Centro de Salud Caquetá 2017**

<i>Clima social familiar</i>	<i>Autoestima</i>							
	<i>Bajo</i>		<i>Medio</i>		<i>Alto</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Desfavorable</i>	9	64.3	3	21.4	7	34.3	14	28.0
<i>Med.favorable</i>	4	17.4	15	65.2	10	43.5	23	46.0
<i>Favorable</i>	4	30.8	6	46.2	6	26.1	13	26.0
<i>Total</i>	17	34.0	24	48.0	9	18.0	50	100.0

*Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017*

**TABLA 2**

**Dimensión afectiva de Autoestima en los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017**

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b><i>%</i></b>
Alto: 15 - 24 puntos	14	28.0
Medio: 11 - 14 puntos	27	54.0
Bajo: 0 - 10 puntos	9	18.0
Total	50	100.0

**Tabla 3**

**Dimensión cognoscitiva - social de Autoestima de los paciente con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017**

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Alto: 10 - 15 puntos	9	18.0
Medio: 6 - 9 puntos	26	52.0
Bajo: 0 - 5 puntos	15	30.0
Total	50	100.0

**Tabla 4**

**Dimensión relación del Clima Social Familiar de los pacientes con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá – Rímac 2017**

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Favorable: 12 - 17 puntos	10	20.0
Medianamente favorable: 8 - 11 puntos	28	56.0
Desfavorable: 0 - 7 puntos	12	24.0
Total	50	100.0

**Tabla 5**

**Dimensión desarrollo del Clima Social Familiar de los pacientes  
con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá –  
Rímac 2017**

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Favorable: 7 - 10 puntos	24	48.0
Medianamente favorable: 4 - 6 puntos	14	28.0
Desfavorable: 0 - 3 puntos	12	24.0
Total	50	100.0

**Tabla 6**

**Dimensión estabilidad del Clima Social Familiar de los paciente  
con TBC pulmonar que asisten al centro de salud Caquetá –  
Rímac 2017**

<b>Niveles</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Favorable: 7 - 8 puntos	14	28.0
Medianamente favorable: 4 - 6 puntos	19	38.0
Desfavorable: 0 - 3 puntos	17	34.0
Total	50	100.0

## RESULTADOS DEMOGRAFICOS ANEXO C

**Tabla N° 2. Edad de los pacientes con TB pulmonar que acuden al Centro de Salud Caquetá 2017**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 18 a 30 años	23	46,0	46,0	46,0
de 31 a 40 años	15	30,0	30,0	76,0
De 41 a 50 años	9	18,0	18,0	94,0
de 51 a 60 años a +	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**

**Sexo de los pacientes con TB pulmonar que acuden al Centro de Salud Caquetá 2017**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	40	80,0	80,0	80,0
Femenino	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**

**LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE CON TBC EN SU****FAMILIA**

	Frecuencia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padre	15	30,0	30,0	30,0
Madre	7	14,0	14,0	44,0
Hijo	18	36,0	36,0	80,0
Vive Solo	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**Fuente:** Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**Comparación de**

**Datos demográficos con las variables de estudio:**

**Tabla 2**

*Diferencias a nivel de la variable Autoestima según sexo de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Sexo	Rango promedio	U de Mann - Whitney	p
Autoestima	Masculino	25,70	192,000 n.s.	0,845
	Femenino	24,70		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

***Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017***

A continuación, se procedió al cálculo de la prueba “U” de Mann – Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo de pacientes hombres y mujeres eran significativas. En la Tabla 2 se observa que, para los puntajes de rango promedio de la variable autoestima no existen diferencias estadísticamente significativas según género de los pacientes encuestados ( $U = 192,0$ ;  $p = 0,845$ ).

**Tabla 3**

*Diferencias a nivel de la variable Autoestima según edad de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Edad	Rango promedio	X <sup>2</sup>	p
Autoestima	De 18 a 30 años	26,85	2,281 n.s.	0,516
	de 31 a 40 años	24,83		
	De 41 a 50 años	27,06		
	de 51 a 60 años a más	13,83		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

**Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**

Luego se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis para determinar si las diferencias halladas entre los grupos de edades eran significativas. En la Tabla 3 se aprecia que para los puntajes de rango promedio de la variable autoestima no existen diferencias estadísticamente significativas según la edad cronológica de los pacientes encuestados ( $X^2 = 2,281$ ;  $p = 0,516$ ).

**Tabla 4**

*Diferencias a nivel de la variable Autoestima según posición que ocupan en la familia de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Posición familiar	Rango promedio	X <sup>2</sup>	p
Autoestima	Padre	23,93	9,410 (*)	0,024
	Madre	40,50		
	Hijo	24,17		
	Vive solo	19,75		

(\*) Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

**Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**

Nuevamente se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis para determinar si las diferencias halladas entre los grupos conformados a partir de la posición que ocupa el paciente en su familiar eran significativas. En la Tabla 4 se observa que para los puntajes de rango promedio de la variable autoestima existen diferencias estadísticamente significativas según la posición que ocupa en la familia los pacientes evaluados ( $X^2 = 9,41$ ;  $p = 0,024$ ).

**Tabla 5**

*Diferencias a nivel de la variable Autoestima según tipo de tuberculosis pulmonar de los usuarios que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Tipo de tuberculosis pulmonar	Rango promedio	$\chi^2$	p
	Sensible	26,28		
Autoestima	MDR	24,50	1,063 n.s.	0,588
	XDR	17,50		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

**Fuente:** Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017

De igual forma se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis para precisar si las diferencias halladas entre los grupos de tipos de tuberculosis pulmonar eran significativas. En la Tabla 5 se aprecia que para los puntajes de rango promedio de la variable autoestima no existen diferencias estadísticamente significativas según tipo de tuberculosis que presentan los pacientes encuestados ( $X^2 = 1,063$ ;  $p = 0,588$ ).

## Comparaciones para la variable clima social familiar

**Tabla 6**

*Diferencias a nivel de la variable Clima social familiar según sexo de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Sexo	Rango promedio	U de Mann - Whitney	p
Clima social familiar	Masculino	25,70	157,000 n.s.	0,296
	Femenino	24,70		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

***Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017***

Para el caso de la variable clima social familiar, se procedió al cálculo de la prueba “U” de Mann – Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo de pacientes hombres y mujeres eran significativas. Como se puede observar en la Tabla 6, los puntajes de rango promedio de la variable clima social familiar no evidencian diferencias estadísticamente significativas según género de los pacientes encuestados ( $U = 157,0$ ;  $p = 0,296$ ).

**Tabla 7**

*Diferencias a nivel de la variable Clima social familiar según edad de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Edad	Rango promedio	X <sup>2</sup>	p
Clima social familiar	De 18 a 30 años	27,59	1,844 n.s.	0,605
	de 31 a 40 años	22,20		
	De 41 a 50 años	27,50		
	de 51 a 60 años a más	20,00		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

**Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017**

Después se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis para determinar si las diferencias halladas entre los grupos de edades eran significativas. En la Tabla 7 se aprecia que para los puntajes de rango promedio de la variable clima social familiar no existen diferencias estadísticamente significativas según la edad cronológica de los pacientes encuestados ( $X^2 = 1,844$ ;  $p = 0,605$ ).

**Tabla 8**

*Diferencias a nivel de la variable Clima social familiar según posición que ocupan en la familia de los usuarios con TB que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Posición familiar	Rango promedio	X <sup>2</sup>	p
Clima social familiar	Padre	28,87	1,381 n.s	0,710
	Madre	26,43		
	Hijo	23,39		
	Vive solo	23,60		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

***Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017***

De nuevo se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis para determinar si las diferencias halladas entre los grupos conformados a partir de la posición que ocupa el paciente en su familiar eran significativas. La Tabla 8 señala que los puntajes de rango promedio de la variable clima social familiar no evidencian diferencias estadísticamente significativas según la posición que ocupa en la familia los pacientes evaluados ( $X^2 = 1,381$ ;  $p = 0,710$ ).

**Tabla 9**

*Diferencias a nivel de la variable Clima social familiar según tipo de tuberculosis pulmonar de los usuarios que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017*

Variable	Tipo de tuberculosis pulmonar	Rango promedio	$\chi^2$	p
Clima social familiar	Sensible	25,99	0,225 n.s.	0,894
	MDR	23,57		
	XDR	23,50		

n.s.: Diferencias no significativas ( $p > 0,05$ )

***Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017***

De la misma forma se procedió al cálculo de la prueba “H” de Kruskal – Wallis con el fin de identificar si las diferencias halladas entre los grupos de tipos de tuberculosis eran significativas. Se aprecia que para los puntajes de rango promedio de la variable clima social familiar no existen diferencias estadísticamente significativas según tipo de tuberculosis pulmonar que presentan los pacientes encuestados ( $X^2 = 0,225$ ;  $p = 0,894$ ), tal como lo muestra la Tabla 9.

## Comparaciones de dimensiones para la variable autoestima

**Tabla 7**

**Correlación de las dimensiones: afectiva y Cognoscitiva - social del nivel de la variable Autoestima de los usuarios que acuden al Centro de Salud Caquetá, 2017**

Variables	afectiva	
	rho	p
cognoscitiva - social	,475 (*)	,007

(\*) Correlación significativa ( $p < 0,05$ )

En el análisis estadístico de la correlación entre las dimensiones de la variable autoestima: afectiva y cognoscitiva – social de los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Caquetá, por medio del coeficiente de correlación de Spearman, la Tabla 7 nos indica que existe una relación de tipo directa, de nivel moderado y altamente significativa entre las dimensiones ( $\rho = 0,475$ ;  $p = 0,007$ ).

**Correlación entre las dimensiones de Autoestima: afectiva y Cognoscitiva  
– social de los pacientes con TB pulmonar que acuden al Centro de Salud  
Caquetá 2017**

			DIMENSIÓN AFECTIVA DE AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES CON TB PULMONAR	DIMENSIÓN COGNOSCITIVA - SOCIAL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR
Rho de Spearman	DIMENSIÓN AFECTIVA DE AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES CON TB PULMONAR	Coeficiente de correlación	1,000	-,475
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	50	50
	DIMENSIÓN COGNOSCITIVA - SOCIAL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	Coeficiente de correlación	-,475	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	50	50

*Fuente: Encuesta realizada por la investigadora – Febrero 2017*

**Correlación entre las dimensiones de Clima social familiar: Relaciones,  
Desarrollo y Estabilidad de los pacientes con TB pulmonar que acuden al  
Centro de Salud Caquetá 2017**

			DIMENSIÓN RELACIONES DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	DIMENSIÓN DESARROLLO DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	DIMENSIÓN ESTABILIDAD DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR
Rho de Spearman	DIMENSIÓN RELACIONES DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	Coeficiente de correlación	1,000	-,012	-,045
		Sig. (bilateral)	.	,034	,056
		N	50	50	50
	DIMENSIÓN DESARROLLO DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	Coeficiente de correlación	-,012	1,000	-,425**
		Sig. (bilateral)	,034	.	,002
		N	50	50	50
	DIMENSIÓN ESTABILIDAD DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTE CON TB PULMONAR	Coeficiente de correlación	-,045	-,425**	1,000
		Sig. (bilateral)	,056	,002	.
		N	50	50	50

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## **ANEXO D.**

SOLICITO. Permiso para realizar  
Trabajo de investigación

SEÑOR: Dr. Filemón Betalleluz Aguirre

Director del centro de salud Caquetá

Yo, Luz Silvana Espinoza Espinoza  
identificada con número de DNI: 45008512  
con domicilio Psj san Pablo Mz B Lt 16 distrito  
de la Victoria. Ante usted respetuosamente  
me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de enfermería en la universidad privada  
Norbetr Wiener, solicito a UD permiso para realizar trabajo de investigación en su  
institución sobre “CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS PULMONAR QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD  
CAQUETA – RIMAC” para optar el título de licenciado(a) en enfermería.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 14 de Febrero del 2017

-----

**LUZ SILVANA ESPINOZA ESPINOZA**

**DNI: 45008512**