



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

“Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un hospital de Lima, 2022”

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Felles Damián, Adelina

CODIGO ORCID: 0009-0000-9686-7642

Asesora:

Dra. Gonzales Saldaña Susan Haydee

CODIGO ORCID: 0000-0001-5001-4388

LIMA – PERÚ

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 <small>REVISIÓN: 01</small>	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **FELLES DAMIÁN, ADELINA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico ".....**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, EN UN HOSPITAL DE LIMA- 2022**....." Asesorado por el docente: Dra. Susan Haydee Gonzales SaldañaDNI ... 43575794ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-5001-4388> tiene un índice de similitud de ...20 (veinte) % con código ____ oid:14912:241425331 ____verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
FELLES DAMIÁN, ADELINA
 DNI:41192601

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña
 DNI: 43575794

Lima, ...20...de.....junio..... de.....2023.....

Tesis

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, EN UN
HOSPITAL DE LIMA, 2022”**

Línea de investigación

Asesor(a)

Gonzales Saldaña Susan Haydee

Código ORCID **0000-0001-5001-4388**

DEDICATORIA

A mi familia, mis hijos que fueron mi mayor motivación, a mi padre en el cielo, a mi madre y hermanos.

Cada uno con su amor, fueron mi soporte emocional, más importante de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme salud, trabajo e iluminar mi vida cada instante.

A la universidad Norbert Wiener, por acogerme durante los cinco años en su casa de estudios y así poder terminar una formación profesional.

A mi asesora Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña, por su apoyo constante, paciencia brindada hasta culminar este trabajo.

ÍNDICE

TÍTULO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7

2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Formulación de hipótesis	19
2.3.1. Hipótesis general	19
2.3.2. Hipótesis específicas	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	21
3.1. Método de la investigación	21
3.2. Enfoque de la investigación	21
3.3. Tipo de investigación	21
3.4. Diseño de la investigación	22
3.5. Población, muestra y muestreo	22
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.7.1. Técnica	24
3.7.2. Descripción de instrumentos	24
3.7.3. Validación	25
3.7.4. Confiabilidad	25
3.8. Procesamiento y análisis de datos	26
3.9. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	27
4.1. Resultados	27
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	27
4.1.2. Prueba de hipótesis	35
4.1.3. Discusión de resultados	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42

5.1. Conclusiones	42
5.2. Recomendaciones	44
6. REFERENCIAS	46
Anexos	54
Anexo 1: Matriz de consistencia	54
Anexo 2: Instrumento	56
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	23
Tabla 2. Análisis de fiabilidad de las variables, con el Alfa de Cronbach	25
Tabla 3. Caracterización de la variable sexo	27
Tabla 4. Caracterización de las variables edad, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento	28
Tabla 5. Caracterización de la variable grado de instrucción	29
Tabla 6.. Caracterización de la variable ocupación	29
Tabla 7.. Caracterización de la variable estrategias de afrontamiento.....	30
Tabla 8.. Caracterización de la dimensión Estrategia centrada en el problema.....	31
Tabla 9.. Caracterización de la dimensión Estrategia centrada en la emoción	32
Tabla 10. Caracterización de la dimensión estrategia centrada en la emoción menos funcional .	33
Tabla 11. Caracterización de la dimensión Adherencia terapéutica	34
Tabla 12.. Resultado de la prueba de normalidad.....	35
Tabla 13.. Resultado de la prueba de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento.	36
Tabla 14.. Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento.	37
Tabla 15.. Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento.	38
Tabla 16. Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento.	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de barras porcentual de la distribución del sexo en los pacientes con TBC	28
Figura 2. Gráfico de barras porcentual de la distribución del nivel de instrucción en los pacientes con TBC	29
Figura 3. Gráfico de barras porcentual de la distribución de ocupación en los pacientes con TBC	30
Figura 4. Gráfico de barras porcentual de la distribución de las estrategias de afrontamiento	31
Figura 5. Gráfico de barras porcentual de la dimensión Estrategia centrada en el problema	32
Figura 6. Gráfico de barras porcentual de la dimensión Estrategia centrada en la emoción	33
Figura 7. Gráfico de barras porcentual de la dimensión estrategia centrada en la emoción menos funcional	34
Figura 8. Gráfico de barras porcentual de la variable Adherencia terapéutica	35

RESUMEN

La investigación “Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un hospital de lima, 2022” se planteó como propósito indagar acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los pacientes ya indicados, con este propósito, se planteó un abordaje basado en un enfoque cuantitativo, un diseño de tipo no experimental, con un alcance correlacional. Se consideró un muestra de 75 pacientes a los que se consultó utilizando la entrevista como técnica de investigación y el cuestionario como instrumento. Los resultados del estudio, permitieron afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de los pacientes considerados, mientras que el coeficiente de correlación Rho de Spearman resultante, fue $r = 0,540$ mostrando que la correlación es media y positiva. En conclusión, el estudio, permitió corroborar el impacto que tienen las estrategias de afrontamiento desde cada una de sus dimensiones: centrada en el problema, centrada en la emoción y centrada en las emociones menos funcionales sobre la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Palabras claves: Tuberculosis, Afrontamiento, Adherencia, Tratamiento.

ABSTRACT

The research “Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un hospital de lima, 2022” was proposed as the purpose of inquiring about the relationship between coping strategies and adherence to treatment of patients already indicated. , for this purpose, an approach based on a quantitative approach, a non-experimental type design, with a correlational scope was proposed. In this case, a population of 76 patients was considered, who were consulted using the interview as a research technique and the questionnaire as an instrument. The results of the study allowed us to affirm with a significance level of 5% that there is a relationship between coping strategies and adherence to treatment of the patients considered, while the resulting Spearman's Rho correlation coefficient was $r = 0.540$, showing that the correlation is medium and positive. In conclusion, the study allowed corroborating the impact of coping strategies from each of its dimensions: problem-focused, emotion-focused and less functional emotion-focused on adherence to treatment of patients diagnosed with tuberculosis. pulmonary.

Keywords: Tuberculosis, Coping, Adherence, Treatment.

INTRODUCCIÓN

En la adherencia al tratamiento médico de cualquier índole, intervienen factores más allá de los estrictamente relacionados con los cuidados de salud derivados del manejo científico de las dolencias y medios para atender, aliviar o curar las mismas. En este sentido, el componente relacionado con aspectos emocionales es cada vez más valorado como un aspecto esencial de cualquier proceso de atención integral.

En este caso, el presente estudio, aborda lo que son las estrategias de afrontamiento y el impacto que tienen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, para ello se desarrolla una investigación estructurada en cinco capítulos.

En el primer capítulo, se expone la problemática de estudio, estableciendo los aspectos que permiten describir lo que se considera la potencial relación entre las estrategias de afrontamiento y el grado de adherencia que muestran los pacientes en su tratamiento.

En el segundo capítulo se describen todos aquellos elementos teóricos y conceptuales que dan soporte a la investigación. En este caso se describen teóricamente tanto las variables como las dimensiones que las conforman. De esta manera, el lector se familiariza con los conceptos manejados y las teorías que constituyen las bases de lo que luego serán las hipótesis de trabajo.

En el tercer capítulo, se describe la estrategia de abordaje en campo. Se presenta el enfoque utilizado en la investigación, así como el alcance del estudio, la naturaleza del diseño que se utiliza, las técnicas de investigación, los instrumentos de investigación, así como las consideraciones respecto a la población, el cálculo de la muestra y el procesamiento de los datos.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados del estudio, tanto desde el punto de vista descriptivo, como inferencial. Los resultados, expuestos en tablas y gráficos, recogen la información aportada por los datos recolectados en campo, mostrando además los análisis correspondientes, así como la contrastación de estos resultados con los hallazgos de estudios previos.

En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones y las recomendaciones derivadas de las consideraciones teóricas realizadas y la confirmación de distintos elementos a partir de los hallazgos en campo. Estas permiten, consolidar las lecciones extraídas del desarrollo de la investigación, así como posibles consideraciones para favorecer la realidad de la provisión de los cuidados a pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La tuberculosis (TB) es una enfermedad contagiosa que se está convirtiendo en uno de los principales factores de muerte. Alrededor de 10 millones de personas han padecido TB en el mundo. Hay tres países con la prevalencia más alta de TB, como India, China e Indonesia. La insuficiencia respiratoria aguda es uno de los principales factores de la alta tasa de mortalidad en los casos de TB (1).

Una alta prevalencia de TB pulmonar se caracteriza por el desempleo; desnutrición; baja educación; alta densidad de población; mala sanidad; bajos niveles socioeconómicos y de ingresos; de fumar; y otras enfermedades asociadas, como la diabetes mellitus y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En consecuencia, los pacientes con tuberculosis pulmonar se consideran un grupo vulnerable. Hasta el 75 % de los pacientes con TB están en edad de trabajar (15 a 50 años), es probable que falten al trabajo durante 3 a 4 meses durante el tratamiento y pierdan entre el 20 y el 30% de sus ingresos. Otros desafíos incluyen la función física afectada y el estigma que puede conducir a problemas emocionales. Se ha demostrado que la autoeficacia de los pacientes en relación con el

comportamiento de búsqueda de salud y la adherencia al tratamiento se ve afectada por cambios físicos y emocionales (2).

El tratamiento de la TB es bastante complicado ya que se ven afectados por algunos problemas relacionados con la falta de conocimiento, el acceso al tratamiento, el estigma social, los problemas de confidencialidad, la pérdida del trabajo, el apoyo social y la duración del tratamiento que se consideran barreras para la adherencia a la medicación. Estudios han revelado varios factores que influyen en la adherencia a la medicación de los pacientes, como la automotivación, el apoyo de consejería y el apoyo familiar lo cual puede mejorar la calidad de vida de los pacientes (3).

La mayoría de los pacientes con TB son eminentemente curables mediante un curso de tratamiento asequible, aunque este tratamiento actualmente requiere un mínimo de 6 meses para completarse y 2 años o más para la tuberculosis multirresistente (MDR-TB). Sin embargo, millones de pacientes comienzan el tratamiento de la TB cada año, pero enfrentan desafíos constantes para cumplir con la medicación diaria, lo que hace que muchos se adhieran de manera inconsistente o dejen de hacerlo prematuramente (4).

Es importante destacar que la interrupción del tratamiento aumenta el riesgo de farmacoresistencia adquirida, fracaso del tratamiento, progresión de la enfermedad, recaída y muerte; también prolonga la transmisibilidad. La pérdida de seguimiento médico es mayor cuando los pacientes tienen una experiencia de tratamiento negativa, como cuando el acceso a la atención implica un tiempo de viaje considerable, pérdida de ingresos y otros gastos del paciente; cuando las reacciones adversas a los medicamentos son frecuentes o consecuentes; o por el contrario, cuando los pacientes se sienten mejor y su motivación para terminar el tratamiento decae (5).

La adherencia al tratamiento es un desafío, dada la complejidad, la tolerabilidad modesta y la larga duración de los regímenes de tratamiento actualmente disponibles para la TB sensible y resistente a los medicamentos. A su vez, la baja adherencia aumenta el riesgo de malos resultados, incluido el fracaso del tratamiento, la recaída y el desarrollo o la amplificación de la resistencia a los medicamentos (6). Los programas de salud pública han utilizado una variedad de estrategias para mejorar la adherencia a nivel del sistema de salud a través de incentivos financieros o facilitadores para compensar el costo de acceder al tratamiento, mejorar la coordinación y la logística en torno a la entrega del tratamiento de la TB y capacitar a los proveedores de atención médica. Otras estrategias abordan las barreras para completar el tratamiento de la TB al abordar las brechas de conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con la adherencia al tratamiento de la TB (7).

Estudios han reportado la baja adherencia a la medicación antituberculosa considerando que bastante común lo cual puede provocar la muerte, la resistencia a los medicamentos, la transmisión continua en la comunidad y el aumento de los costos del sistema de salud (8, 9)

En este sentido se ha observado que más del 95% de las muertes por TB ocurren en países de ingresos bajos y medios, incluido Perú y esto puede deberse a la baja adherencia al tratamiento. Perú conserva la mayor incidencia de TB entre los países de América Latina, alcanzando 119 casos por 100.000 habitantes por año. Es preocupante que Perú siga siendo el único país sudamericano con una alta carga de TB-MDR, que es responsable del 10 % de toda la TB, y hasta el 40 % de los pacientes con TB-MDR reciben terapias inadecuadas. Las tasas de mortalidad en algunos distritos se acercan al 20-55 %, en comparación con el 4,5-17 % de la tuberculosis sensible a los medicamentos (10, 11).

Todo lo explicado anteriormente explica la importancia de completar con éxito el

tratamiento para la tuberculosis y una manera de crear estrategias es conociendo como los pacientes con la enfermedad afrontan la enfermedad y a su vez como se adhieren al tratamiento, es por ello que el presente estudio se encargará de medir las estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?
- ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?
- ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Identificar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Identificar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Desde el punto de vista teórico permite generar nuevas teorías que podrán ser consideradas para crear estrategias que permitan monitorear al paciente con TB y de esta manera mejorar el tratamiento de pacientes con TB en América Latina en especial en Perú donde la

prevalencia sigue siendo alta.

1.4.2. Metodológica

Metodológicamente el estudio contribuirá a fortalecer las estrategias de abordaje hacia los pacientes con TB a través de las encuestas las cuales podrán ser utilizadas por estudios posteriores.

1.4.3. Práctica

Los resultados del estudio pueden contribuir a la creación de programas de rehabilitación como asistencia médica constante para que los pacientes con TB puedan superar obstáculos y de alguna manera los ayude a obtener una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que la TB es la principal causa de muerte en países de ingresos bajos.

1.5. Limitaciones de la investigación

Una de las principales limitaciones que se enfrentaron se relacionaba con el estigma que acompaña a muchos pacientes y sus familias respecto a la enfermedad que padecen. De algún modo existe cierta resistencia a dar información sobre aspectos relacionados con la misma por lo que es necesario un proceso de sensibilización previo en el que se garantiza el propósito del estudio, así como el manejo adecuado de la información compartida a lo largo del desarrollo del mismo. En menor grado, fue necesario adecuar el proceso de levantamiento de información en función de la disponibilidad de los informantes, considerando además ser lo menos invasivo posible en el caso que su condición sea delicada. Las limitaciones anteriores, aun cuando implicaron obstáculos para el desarrollo de la investigación fueron abordadas de manera satisfactoria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Batte et al. (12) plantearon como objetivo “determinar la prevalencia y los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento de la TB-MDR” utilizando datos secundarios del Hospital Nacional de Referencia de Mulago, el centro de tratamiento de la TB-MDR más grande de Uganda. Se llevó a cabo un estudio de cohortes utilizando datos del programa de rutina recopilados retrospectivamente para pacientes tratados por TB-MDR. Se extrajeron datos anónimos sobre la falta de cumplimiento (falta el 10 % o más del DOT), las características socioeconómicas, demográficas y de tratamiento de los pacientes. Los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento de la TB-MDR se determinaron utilizando modelos lineales generalizados para la familia binomial con enlace logarítmico y errores estándar robustos. Se incorporaron 227 pacientes con TB-MDR que cumplieron con los criterios de inclusión. El principal impulsor de la falta de adherencia fue el historial de tratamiento previo para la TB-DR; Los pacientes con TB-DR previamente tratados tenían 3,46 (razón de prevalencia ajustada: 3,46,

IC del 95 %: 1,68 - 7,14) veces más probabilidades de no cumplir. Los autores concluyen que uno de cada 10 pacientes con TB-MDR atendidos en el hospital de Mulago no cumple con el tratamiento. El historial de tratamiento previo con DRTB se asoció significativamente con la falta de adherencia en este estudio.

Makhfudli, et al. (13) tuvieron como objetivo “analizar la correlación entre el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar”. En el estudio se utilizó un diseño transversal y la población estuvo conformada por pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento fase intensiva y tratamiento fase continua categorías uno y dos en el Policlínico de TB con una muestra 110 encuestados. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios y analizados utilizando la prueba estadística Spearman Rho. Se observó una correlación entre el apoyo familiar y los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar. Los resultados de la prueba Spearman Rho se obtuvieron en $p = 0,000$ y el coeficiente de correlación $r = 0,377$. Se concluye que los pacientes con tuberculosis pulmonar están dominados por un buen apoyo familiar. Los mecanismos de afrontamiento de los encuestados son adaptativos.

Deshmukh et al. (14) plantearon como objetivo “explorar como una forma de guiar la comprensión de los factores afectan la adherencia al tratamiento entre los pacientes con TB-MDR”. Se aplicó un método cualitativo y un enfoque de teoría fundamentada, se realizaron entrevistas en profundidad con pacientes con TB-MDR y proveedores de tratamiento. Se encontraron múltiples factores que influyeron en la decisión del paciente de adherirse al tratamiento de la TB-MDR. La automotivación, la conciencia sobre la enfermedad y el tratamiento, el apoyo de asesoramiento, el apoyo familiar, el apoyo nutricional y el apoyo social fueron factores importantes para el éxito del tratamiento. Los proveedores relataron que el

asesoramiento motivacional, el apoyo nutricional, el apoyo familiar y el apoyo social fomentaban la adherencia al tratamiento. Se concluye que para mejorar la adherencia al tratamiento de la TB-MDR, se debe considerar un enfoque centrado en el paciente a nivel programático. Existe la necesidad de formular una estrategia que incluya asesoramiento motivacional, suplementos nutricionales y movilización de apoyo social para la adherencia al tratamiento.

Nacionales

Yesquén (15) en su estudio planteo como objetivo “determinar la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en Chiclayo”, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal y correlacional; la población estuvo constituida por 52 pacientes con tuberculosis pulmonar que asistieron a tres centros de salud en la provincia de Chiclayo, el instrumento utilizado para determinar el afrontamiento fue una encuesta de 28 ítems y para la variable adherencia al tratamiento se hizo evidencia de las asistencia en las tarjetas de control según la estrategia DOTS. Se observó una fuerte relación entre la adherencia al tratamiento y la estrategia centrada en el problema (0.787), y se evidenció una buena relación entre la adherencia al tratamiento y la estrategia centrada en la emoción (0.734), concluyendo que la mayoría de los encuestados tienen una buena adherencia.

Revilla y Astete, (16) plantearon como objetivo “relacionar entre la capacidad de afrontamiento-adaptación y adherencia terapéutica en pacientes del programa de control de tuberculosis del C.S Sandrita Pérez Arequipa 2018”. Se aplicó una encuesta y como técnicas la entrevista individual y el cuestionario como instrumentos. La población estuvo constituida por 33 pacientes con tuberculosis. Se encontró que el 39,2% tenía entre 6 y 11 meses de tratamiento,

con un plan de tratamiento individualizado. Con referencia a la variable afrontamiento-adaptación del cuidado de enfermería en los diferentes factores: el 48,4% muestra una capacidad de afrontamiento media seguida de una capacidad baja 21,1%, una capacidad alta 18,1% y un nivel de capacidad muy alta 12,0%. En cuanto a la variable adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis, el 54,5% son favorables, seguido del nivel desfavorable (30,3%), y solo una minoría de adherencia favorable (12,2%). Se concluye que existió relación entre las variables de afrontamiento-adaptativas con la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de control de la tuberculosis.

Cotrina (17) se planteó como objetivo determinar los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con tuberculosis y el seguimiento de sus tratamientos. Se utilizó la encuesta como técnica de investigación y el cuestionario como instrumento de investigación. En el estudio participaron 42 pacientes y se utilizó la prueba de bondad de ajuste Chi cuadrado. Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento eran rutinariamente utilizadas en la población estudiada. Se concluye que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento antituberculoso.

2.2. Bases teóricas

Tratamiento

El autocuidado es una noción que fue articulada por primera vez por Dorothea E. Orem en 1969. Dorotea Orem fue una enfermera y teórica de la enfermería que desarrolló la teoría del autocuidado. Su enfoque se centra en la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas y mantener su salud y bienestar. A continuación, te presento los aspectos fundamentales de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Es un tipo de comportamiento que las personas exhiben

en circunstancias del mundo real, ya sea hacia sí mismos, hacia los demás o hacia ambos, para controlar los elementos que influyen en su crecimiento y funcionamiento en apoyo de su vida, salud o bienestar. es la práctica deliberada de actividades que las personas realizan por sí mismas para mantener su salud, prevenir enfermedades y recuperarse de las enfermedades o lesiones. El autocuidado incluye acciones como la higiene personal, la alimentación adecuada, el descanso, el ejercicio físico y la gestión emocional (18)

Desarrolló la teoría del déficit de autocuidado como un marco básico conformado por tres teorías que se interconectan. Las teorías del autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería sirven de base para la práctica, la gestión y la educación de enfermería. Los principios de la teoría del autocuidado de Dorotea Orem se basan en la idea de que las personas tienen la capacidad de cuidarse a sí mismas y de asumir un papel activo en su salud y bienestar. Estos principios proporcionan una guía para la práctica del autocuidado y la intervención de enfermería (18)

1. La necesidad del autocuidado universal:

Este principio establece que todas las personas tienen la responsabilidad de cuidarse a sí mismas dentro de sus capacidades y limitaciones. Implica la identificación de las necesidades básicas de autocuidado, como la alimentación, el descanso, la higiene y la prevención de enfermedades (18)

2. Desarrollo de habilidades de autocuidado:

Según este principio, las personas pueden aprender y desarrollar habilidades de autocuidado a lo largo de su vida. Los enfermeros desempeñan un papel clave al proporcionar

educación y orientación para ayudar a las personas a adquirir conocimientos y habilidades necesarios para el autocuidado efectivo (18)

3. Autocuidado deficitario:

Este principio se refiere a la situación en la que una persona no puede satisfacer sus necesidades básicas de autocuidado debido a un déficit físico o psicológico. Este déficit puede ser temporal o permanente y puede requerir la asistencia de un profesional de la salud, como un enfermero, para ayudar a la persona a satisfacer esas necesidades. El enfermero debe evaluar y determinar el déficit de autocuidado y proporcionar la asistencia necesaria para ayudar a la persona a satisfacer esas necesidades (18)

Adherencia al tratamiento

La adherencia a la medicación para la TB es un factor importante para prevenir las recaídas y evitar la resistencia a los medicamentos (19). Los pacientes con TB podrían ser más propensos a mostrar falta de adherencia en la fase de continuación porque han mejorado los signos y síntomas de la enfermedad e incluso podrían pensar que están curados; por lo tanto, pueden ser descuidados al tomar medicamentos (20).

La mala adherencia a la medicación antituberculosa no solo provoca el deterioro de la enfermedad, la recaída e incluso la resistencia a los medicamentos, sino también la propagación del MTB a otras personas, lo que aumenta la carga relacionada con el control de la tuberculosis (20).

El tratamiento de la TB es bastante complicado ya que se ven afectados por algunos problemas relacionados con la falta de conocimiento, el acceso al tratamiento, el estigma social, los problemas de confidencialidad, la pérdida del trabajo, el apoyo social y la duración del

tratamiento que se consideran barreras para la adherencia a la medicación (21).

Otros estudios revelaron varios factores que influyen en la adherencia a la medicación de los pacientes, como la automotivación, el apoyo de asesoramiento y el apoyo familiar (20).

La adherencia a la medicación de los pacientes con TB no solo debe considerarse como un problema clínico, sino también como un problema de salud pública. El modelo médico biopsicosocial enfatiza que los factores psicológicos y sociales que influyen en la promoción de la salud humana deben ser considerados además de los factores biológicos, en contraste con el modelo médico tradicional que enfatiza los determinantes biológicos (19).

El apoyo psicosocial inadecuado contribuye a la baja adherencia a la medicación, pero este problema puede abordarse a través de asesoramiento sanitario que reduzca eficazmente el estrés psicológico (depresión) y mejore la calidad de vida de los pacientes (22).

Estrategias de afrontamiento de pacientes con tuberculosis

La tuberculosis pulmonar es un factor estresante para los pacientes, que muestra mecanismos de afrontamiento que son adaptativos o desadaptativos. Una de las fuentes de los mecanismos de afrontamiento es el apoyo social, incluido el apoyo instrumental, informativo y emocional (22).

Los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar a menudo experimentan el estigma de la comunidad, incluso de su familia, que es una fuente de afrontamiento, lo que afecta los mecanismos de afrontamiento del paciente. Además del estigma de la comunidad, muchas personas con tuberculosis pulmonar experimentan problemas de estrés, depresión y ansiedad. Esto es causado por muchos factores que sienten las personas con tuberculosis pulmonar. Uno de ellos es un mecanismo de afrontamiento deficiente en respuesta a los factores estresantes a los que se enfrentan y los mecanismos de afrontamiento deficientes pueden ser causados por un

apoyo familiar deficiente en pacientes con tuberculosis pulmonar (22).

El afrontamiento es una adaptación psicológica al estrés y a los acontecimientos vitales graves. Cuanto mejores sean las estrategias de afrontamiento que se utilizan para responder a los factores estresantes, menor será el riesgo de estrés; por el contrario, cuando los mecanismos de afrontamiento utilizados son desadaptativos, el riesgo de estrés es mayor (23).

El afrontamiento desadaptativo se asocia con un aumento del estrés. Los trastornos psicológicos de estrés, depresión y ansiedad que experimentan los pacientes con tuberculosis son una manifestación de los mecanismos de afrontamiento desadaptativos, que repercuten en su salud física (24).

Mycobacterium tuberculosis

La infección por *Mycobacterium tuberculosis*, el agente causante de la tuberculosis (TB), da como resultado una variedad de presentaciones clínicas en humanos. La mayoría de las infecciones se manifiestan como un estado contenido clínicamente asintomático que se denomina infección tuberculosa latente (LTBI); un subconjunto más pequeño de individuos infectados presenta TB activa sintomática. Dentro de estos dos estados aparentemente binarios, hay un espectro de resultados del huésped que tienen diferentes síntomas, microbiologías, respuestas inmunitarias y patologías (25).

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad inflamatoria crónica causada por la bacteria patógena *Mycobacterium tuberculosis*. Una amplia variedad de variables asociadas con el huésped y el patógeno influyen en la manifestación clínica de la TB en diferentes individuos

dentro de la población humana. Como consecuencia, las lesiones granulomatosas características que se desarrollan dentro del pulmón son heterogéneas en tamaño y composición celular (26).

La tuberculosis, fue descrita en la India en el año 1500 A.C. En 2017 hubo un estimado de 10,0 millones de nuevos casos de TB. En 2017, aproximadamente 1,3 millones de personas con virus de inmunodeficiencia humana negativo y 0,30 millones de personas con virus de inmunodeficiencia humana positivo murieron a causa de la TB (20). Según las últimas estimaciones, aproximadamente el 25% de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* (28).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la incidencia global de tuberculosis alcanzó su punto máximo alrededor de 2003 y pareció disminuir lentamente hasta 2019, y que 1,6 millones de personas murieron de tuberculosis en 2019. Desafortunadamente, la pandemia de COVID-19 ha revertido la tendencia descendente constante, ya que en 2020 se informó una caída alarmante del 50% en la detección de casos de tuberculosis en muchas partes del mundo, lo que era muy poco probable que fuera un reflejo real de la situación, sino más bien un resultado de grandes retrasos en el diagnóstico, ya que los sistemas de atención de la salud se vieron desbordados con casos de COVID-19. Se estima que este impacto indirecto de COVID-19 resultó en 400 000 muertes adicionales por tuberculosis durante 2020 (29).

Generalidades de la tuberculosis (TB)

Mycobacterium tuberculosis es una bacteria antigua que se presentó por primera vez como la causa de la tuberculosis (TB) en 1882. A pesar de la introducción mundial de una vacuna y el descubrimiento de un régimen de tratamiento efectivo de cuatro medicamentos, es

probable que *M. tuberculosis* todavía infecte a aproximadamente una cuarta parte de la población mundial y es la principal causa infecciosa de mortalidad a nivel mundial (28). La actual pandemia de TB está alimentada no solo por la pobreza y el VIH/SIDA, sino también por una comprensión insuficiente del espectro de la patogenia de la TB, que puede ser esencial para desarrollar nuevas pruebas de diagnóstico y crear regímenes de tratamiento más adaptables.

Históricamente, la investigación científica, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento farmacológico se han centrado en abordar uno de dos estados de enfermedad: infección de tuberculosis latente o enfermedad de tuberculosis activa. Investigaciones recientes han demostrado claramente que la infección de TB humana, desde la infección latente hasta la enfermedad activa, existe dentro de un espectro continuo de actividad bacteriana metabólica y respuestas inmunológicas antagónicas. Esta comprensión revisada nos lleva a proponer dos estados clínicos adicionales: TB incipiente y subclínica (30).

El reconocimiento de la TB incipiente y subclínica, que ayuda a dividir la TB latente y activa a lo largo del espectro de la enfermedad clínica, brinda oportunidades para el desarrollo de intervenciones diagnósticas y terapéuticas para prevenir la progresión a la enfermedad de TB activa y la transmisión del bacilo de la TB (30).

En líneas generales, se piensa que un principio de larga data de la patogenia de la TB ha sido que la *M. tuberculosis* existe en un estado latente metabólicamente inactivo o en un estado de enfermedad metabólicamente activa. En este marco, alrededor del 5 % de las personas infectadas con TB progresan rápidamente a la enfermedad activa, mientras que la gran mayoría de las personas desarrollan una infección latente y siguen en riesgo de progresión a la enfermedad activa (“reactivación”) (25).

Los estudios de patogenia en modelos animales y humanos sugieren un curso más

complejo, en el que, luego del contacto inicial entre *M. tuberculosis* y un huésped humano, el patógeno puede progresar a la enfermedad de tuberculosis activa primaria o eliminarse por completo a través de una respuesta del sistema inmunitario innato y/o adquirido (31).

Para las personas con infección de tuberculosis latente, el huésped mantiene una relación dinámica con *M. tuberculosis* a través de la regulación de los nutrientes disponibles, así como de los sistemas inmunitarios innato y adquirido (30).

La enfermedad activa se caracteriza en general por la presencia de nódulos centrolobulillares, patrón de árbol en brote, cavidades de paredes gruesas, consolidación, nódulos miliares, derrames pleurales o linfadenopatía necrótica (32).

Las características de tomografía computarizada (TC) predictivas de TB pulmonar altamente infeccioso/activo incluyen lo siguiente: (1) consolidación que involucra el vértice o el segmento posterior del lóbulo superior derecho o el segmento apico-posterior del lóbulo superior izquierdo, (2) consolidación que involucra el segmento superior del lóbulo inferior derecho o izquierdo, (3) una lesión de cavidad, (4) grupos de nódulos y (5) ausencia de nódulos centrolobulillares. La TC de alta resolución es mejor que la radiografía de tórax para predecir el PTB activo, con una sensibilidad del 96 % frente al 48 % (33).

La resolución a cavidades lisas de paredes delgadas, fibrosis y calcificaciones parenquimatosas, ganglionares o pleurales a menudo denota enfermedad inactiva (32).

Diagnóstico

Los pacientes con TB pulmonar con esputo negativo y TB extrapulmonar son difíciles de diagnosticar y pueden pasar desapercibidos en todos los puntos de atención. El diagnóstico por imágenes es un desafío porque los signos de la TB pueden simular los de otras enfermedades, como las neoplasias o la sarcoidosis. Los signos y síntomas clínicos en adultos afectados pueden

ser inespecíficos y un alto nivel de sospecha clínica previa a la prueba basada en la historia es fundamental en el proceso de diagnóstico (33).

Transmisión de la tuberculosis

La cascada simple para la transmisión de la tuberculosis se describe en la que (1) un caso fuente de tuberculosis (2) genera partículas infecciosas (3) que sobreviven en el aire y (4) son inhaladas por un individuo susceptible (5) que puede infectarse y (6) quién entonces tiene el potencial de desarrollar tuberculosis. Las intervenciones dirigidas a los catalizadores de transmisión bacterianos, del huésped o conductuales interrumpirán la transmisión de la tuberculosis y pueden acelerar la disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis (34).

La infecciosidad y duración de la misma para una persona con tuberculosis depende del huésped y de factores bacterianos. Las personas con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva son muy infecciosas y se cree que el grado de infectividad aumenta con el grado de baciloscopia positiva. En un amplio estudio de contactos domiciliarios en Perú, los casos índices con baciloscopia positiva se asociaron con un mayor riesgo de infección entre los contactos domiciliarios, en comparación con los casos índice con baciloscopia negativa, independientemente de la edad de los contactos domésticos (35).

Sin embargo, las personas con casos de tuberculosis con baciloscopia negativa también pueden transmitir tuberculosis. Sin embargo, la ampliación de la microscopía de frotis de esputo no ha tenido éxito en lograr disminuciones dramáticas en la incidencia de tuberculosis. Las posibles razones de la falta de impacto incluyen la poca sensibilidad de la microscopía de frotis, particularmente entre las personas y los niños infectados por el VIH, y la ocurrencia de muchos casos de transmisión antes de que las personas reciban un diagnóstico y tratamiento de

tuberculosis (34).

Las personas con tuberculosis pulmonar o laríngea activa generan núcleos de gotitas que contienen *M. tuberculosis* al toser, cantar, gritar, estornudar o cualquier otra maniobra espiratoria forzada que corte las secreciones respiratorias de las vías respiratorias, siendo la tos la más eficiente para generar aerosoles infecciosos. El tratamiento adecuado de las personas con tuberculosis infecciosa da como resultado una rápida reducción de la infecciosidad (35).

Se planteó la hipótesis de que las personas con casos índice de tuberculosis que están infectadas por el VIH, en particular aquellas con inmunosupresión avanzada, tenían menos probabilidades que las personas no infectadas por el VIH con tuberculosis de transmitir a los contactos del hogar, posiblemente debido a una mayor probabilidad de tener tuberculosis con baciloscopia negativa y un tiempo más corto. duración de la infecciosidad debido a una progresión más rápida hacia la muerte (36, 37).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Ho: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Ha: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Ho1: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con

diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

- Ha1: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Ho2: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Ha2: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Ho3: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.
- Ha3: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se aplicará el método hipotético-deductivo, la cual se utiliza para referirse a la práctica científica de validar teorías mediante la formulación de hipótesis (premisas) y la obtención y comprobación de conclusiones (39).

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo, un método de investigación cuantitativa se ocupa de cuantificar y analizar variables para obtener resultados. Implica la utilización y el análisis de datos numéricos utilizando técnicas estadísticas específicas (40).

3.3. Tipo de investigación

Se realizará una investigación de tipo aplicada la cual está diseñada para determinar los posibles usos de los resultados de la investigación básica o para determinar nuevos métodos o formas de lograr objetivos específicos y predeterminados (41).

3.4. Diseño de la investigación

Se tratará de un estudio con diseño observacional, el cual se refiere a cuando los investigadores analizan el efecto de algún tipo de intervención, riesgo, prueba de diagnóstico o tratamiento, sin tratar de manipular quién está o no expuesto (42).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población de estudio estará constituida por pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que acuden al hospital de Lima.

Muestra

Utilizando la fórmula de muestreo aleatorio simple dada como:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N = 92

Z α = 1.96 al cuadrado (la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada 5% = 0.5

q = 1 - p (en este caso 1 - 0.5 = 0.5)

d = precisión 5% = 0.05

El tamaño de la muestra queda establecido en 75.

La selección de la muestra (n=75) se realizará de manera aleatoria.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.

- Pacientes con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar.
- Pacientes con tuberculosis con tratamiento para la enfermedad.
- Pacientes que deseen participar.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no deseen participar.

Muestreo

Se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple con distribución proporcional.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
Estrategias de afrontamiento.	Enfoques y técnicas que las personas utilizan para hacer frente a situaciones estresantes, conflictivas o difíciles (43)	Son tácticas conductuales y cognitivas utilizadas por los pacientes con tuberculosis pulmonar para manejar crisis, condiciones y demandas que se evalúan como angustiosas (43).	Estrategia centrada en el problema Estrategia centrada en la emoción Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales	Afrontamiento activo planificación Apoyo instrumental Uso de apoyo emocional Religión Reinterpretación positiva Aceptación Negación Auto distracción Autoinculpación Desconexión conductual Desahogo Uso de sustancias Humor	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Casi nunca • Casi siempre • Siempre

Adherencia al tratamiento.	Medida en que una persona sigue las indicaciones y recomendaciones médicas para llevar a cabo un plan de tratamiento de manera consistente y adecuada. (44).	El grado en que el comportamiento de las personas con tuberculosis pulmonar, se corresponde con las recomendaciones acordadas con su proveedor de atención médica (44).	Adherente al tratamiento	Si hay adherencia al tratamiento No hay adherencia al tratamiento	Nominal	Adherencia (4 puntos) No adherencia (≤ 3 puntos)
----------------------------	--	---	--------------------------	--	---------	---

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se utilizará la técnica de la encuesta, la cual se trata de una técnica que permite probar hipótesis sobre la naturaleza de las relaciones dentro de una población.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Como instrumento para medir las estrategias de afrontamiento se utilizará el cuestionario utilizado por Belito-de la Cruz et al. quienes utilizaron como referencia el cuestionario Brief Cope, en su versión abreviada de la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (COPE) creado en 1989 por Carver. El instrumento está constituido por 2 partes: la primera se observarán los datos sociodemográficos como el sexo, la edad cronológica, la ocupación, el grado de instrucción, el tiempo de enfermedad y el tiempo de tratamiento.

La segunda parte está constituida en 28 ítems los cuales estas divididos en 3 dimensiones, la dimensión centrada en el problema, la dimensión centrada en la emoción y la dimensión centrada en la emoción menos funcional

Un segundo instrumento será utilizado para medir la adherencia al tratamiento y se utilizara el Test de Morisky – Green el cual fue diseñado para medir la adherencia en diversas enfermedades crónicas el cual fue desarrollado por Morisky, Green y Levine (45), el test fue

aplicado por Flores (46) en una población peruana con tuberculosis, este test está constituido por 4 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no), donde el paciente será considerado como cumplidor (si hay adherencia al tratamiento) si responde las 4 preguntas de forma correcta, es decir, No/Sí/No/No (47) y en caso de tener respuesta incorrectas serán considerados como no adherentes.

3.7.3. Validación

El cuestionario Brief Cope adaptado para medir estrategias de afrontamiento fue sometido a juicio de expertos, en el que participo: 1 médico, 4 enfermeras y 3 psicólogas en la que se utilizó una tabla de concordancia y prueba binomial, considerando una $p < 0.05$ de concordancia es significativa (24). El Test de Morisky – Green fue validado para población peruana en el estudio de Flores (46)

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del Brief Cope ya posee el análisis Alfa de Cronbach que evalúa la homogeneidad interna en la que se encontraron propiedades psicométricas satisfactorias, donde todas las escalas demostraron tener buenos índices de consistencia interna. (24) En cuanto a la prueba de Morisky – Green, posee una confiabilidad alfa = 0,61. (46)

Tabla 2.

Análisis de fiabilidad de las variables, con el Alfa de Cronbach

Variables	Alfa de Cronbach	N de elementos
Estrategias de afrontamiento	0,750	28
Adherencia al tratamiento	0,771	4

De acuerdo con los resultados de la tabla 2, se observó que el cuestionario de la variable estrategias de afrontamiento mostró un Alfa de Cronbach de 0,758 para los 28 ítems que los conforman, mostrando una consistencia interna adecuada.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aplicado todos los cuestionarios los datos serán transcritos en Excel para tener los datos con sus codificaciones, para luego ser trasvasados a una base de datos del programa estadístico SPSS versión 27, el cual permitirá manejar con facilidad cada una de las evaluaciones realizadas a cada encuestado y obtener las tablas de frecuencia y gráficos.

Se empleará el análisis estadístico descriptivo de frecuencia y porcentuales y para la prueba de hipótesis, se utilizará la prueba de correlación Rho de Spearman. El nivel de significancia utilizado será al 5%

3.9. Aspectos éticos

El estudio será evaluado por el comité de bioética de la Universidad Norbert Wiener y el Hospital de Lima, una vez aprobado se procederá abordar a los participantes quienes deberán firmar el consentimiento informado en el que se verá reflejado el fin y los objetivos del estudio. Entre los principios Bioéticos, contemplados, se consideró el principio de la autonomía, el cual reconoce y respeta la capacidad de los individuos para tomar decisiones informadas y ejercer su libre albedrío. En el contexto de la investigación, implica obtener el consentimiento informado de los participantes, asegurándose de que comprendan los objetivos, los procedimientos y los riesgos asociados, así como su derecho a participar o retirarse voluntariamente. Se contempló el principio de la no maleficencia, evitando causar daño intencional o injustificado a los participantes. En la investigación sobre tuberculosis, implica implementar medidas para minimizar cualquier riesgo físico, psicológico o social para los participantes. También implica garantizar la confidencialidad y la privacidad de los datos recopilados. De igual manera se consideró el principio del respeto por la dignidad humana, según el cual se protege la confidencialidad de la información personal de los participantes.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

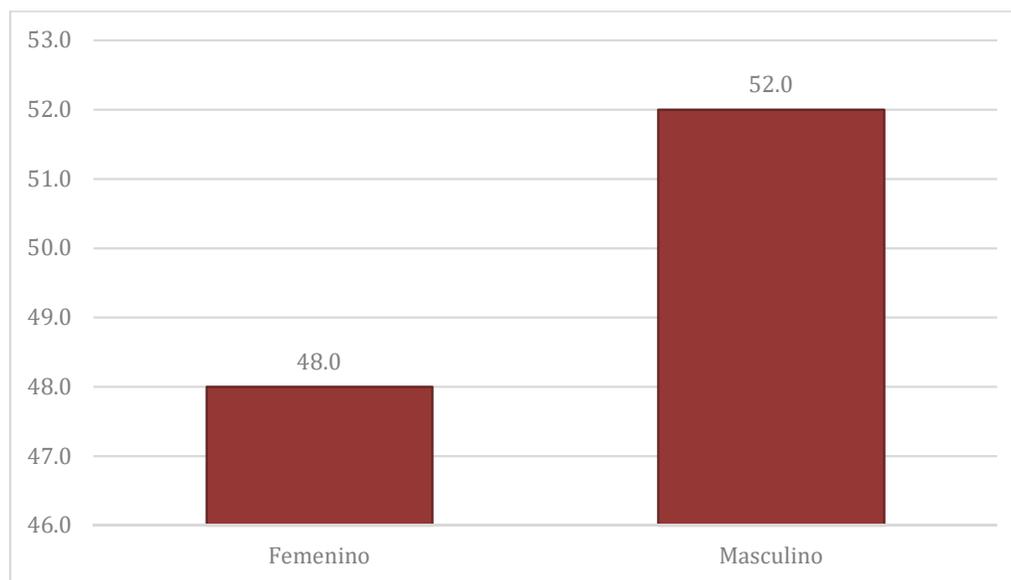
De la tabla 3 y la figura 1, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes del sexo masculino (52%) en comparación con los pacientes del sexo femenino (48%)

Tabla 3.

Caracterización de la variable sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	36	48,0
Masculino	39	52,0
Total	75	100,0

Figura 1. Gráfico de barras porcentual de la distribución del sexo en los pacientes con TBC



En la tabla 4, se muestra el resumen de estadísticos descriptivos de la edad, el tiempo de enfermedad y el tiempo de tratamiento. De la edad se observó que en promedio los pacientes con diagnóstico tuberculosis pulmonar tenían 37 años con una desviación estándar de 13 años, el rango del grupo etario estuvo comprendido entre 19 a 66 años. Para el tiempo de enfermedad se observó en promedio 5,67 meses con una desviación estándar de 5,03 meses y un rango de tiempo comprendido entre 1 a 36 meses. Para el tiempo de tratamiento el promedio fue de 5,57 meses con desviación estándar de 5,09 meses y el rango entre 1 a 36 meses.

Tabla 4.

Caracterización de las variables edad, tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento

Estadísticos	Edad	Tiempo de enfermedad	Tiempo de tratamiento
Media	37,33	5,67	5,57
Desviación estándar	13,48	5,03	5,09
Mínimo	19	1	1
Máximo	66	36	36

De la tabla 6 y la figura 2, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico

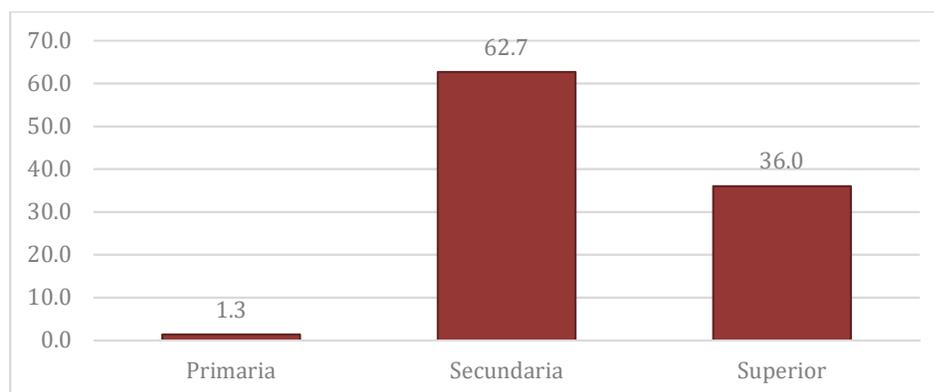
de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con grado de instrucción secundaria (62,7%), seguido de Superior (36,0%) y primaria (1,3%).

Tabla 5.

Caracterización de la variable grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	1,3
Secundaria	47	62,7
Superior	27	36,0
Total	75	100,0

Figura 2. Gráfico de barras porcentual de la distribución del nivel de instrucción en los pacientes con TBC



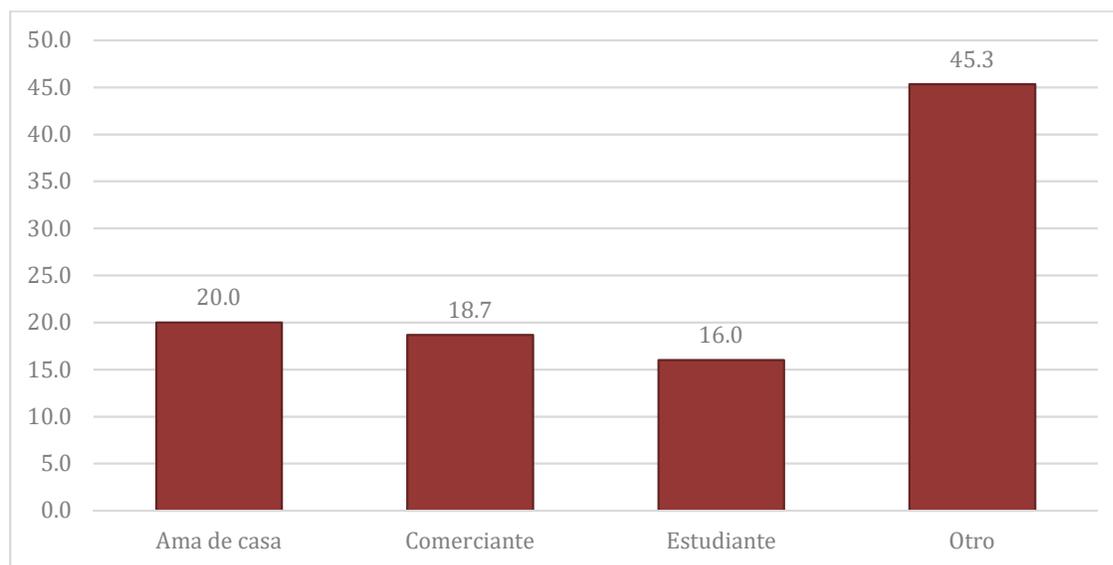
De la tabla 7 y la figura 3, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con ocupación otro (45,3%), seguido de Ama de Casa (20,0%), Comerciante (18,7%) y Estudiante (16,0%).

Tabla 6.

Caracterización de la variable ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	15	20,0
Comerciante	14	18,7
Estudiante	12	16,0
Otro	34	45,3
Total	75	100,0

Figura 3. Gráfico de barras porcentual de la distribución de ocupación en los pacientes con TBC



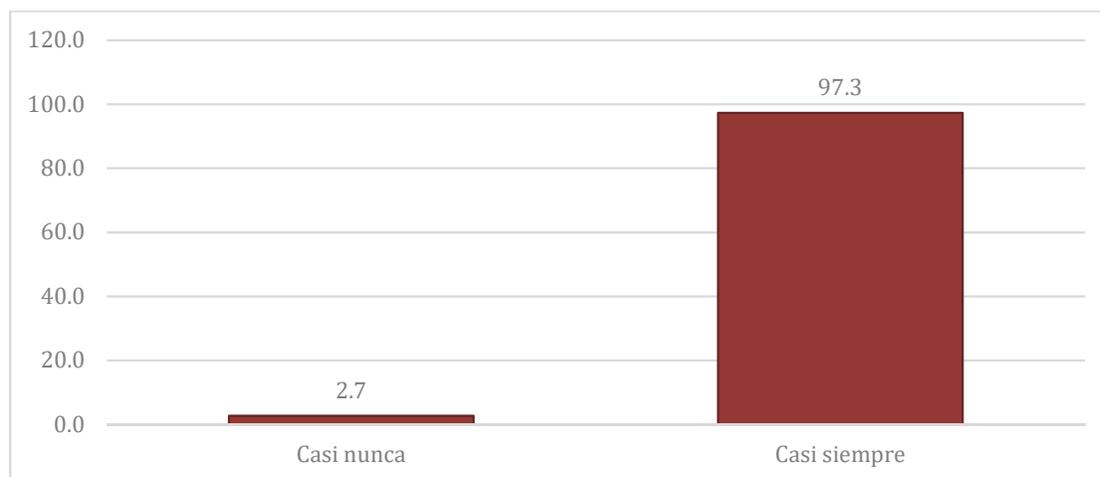
De la tabla 7 y la figura 4, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con opiniones sobre estrategia de afrontamiento en la categoría casi siempre (97,3%) seguido de la categoría casi nunca (2,7%).

Tabla 7.

Caracterización de la variable estrategias de afrontamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	2	2,7
Casi siempre	73	97,3
Total	75	100,0

Figura 4. Gráfico de barras porcentual de la distribución de las estrategias de afrontamiento



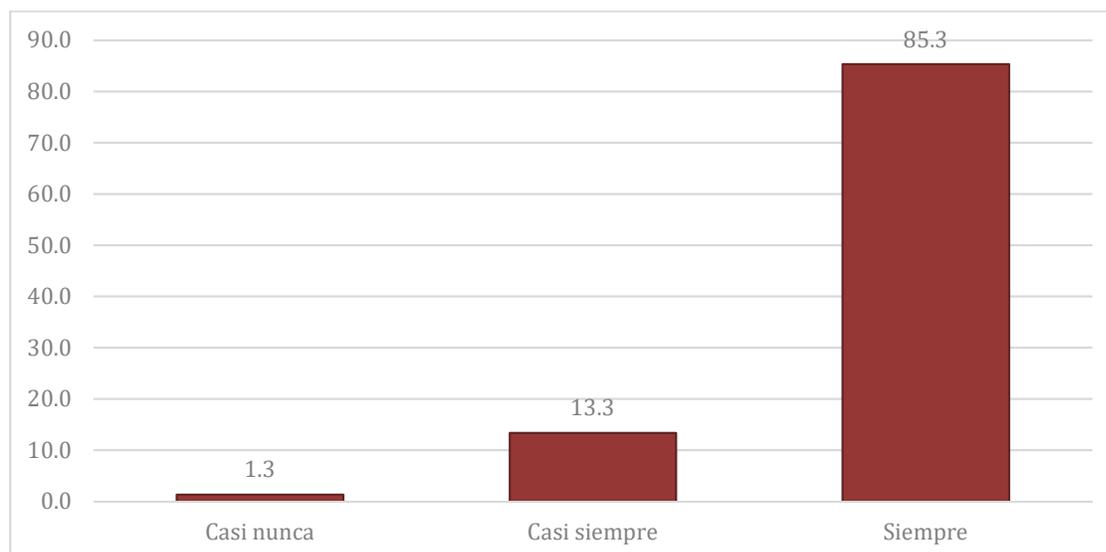
De la tabla 8 y la figura 5, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con opiniones sobre estrategia centrada en el problema en la categoría siempre (85,3%) seguido de la categoría casi siempre (13,3%) y casi nunca (1,3%).

Tabla 8.

Caracterización de la dimensión Estrategia centrada en el problema

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	1	1,3
Casi siempre	10	13,3
Siempre	64	85,3
Total	75	100,0

Figura 5. Gráfico de barras porcentual de la dimensión Estrategia centrada en el problema



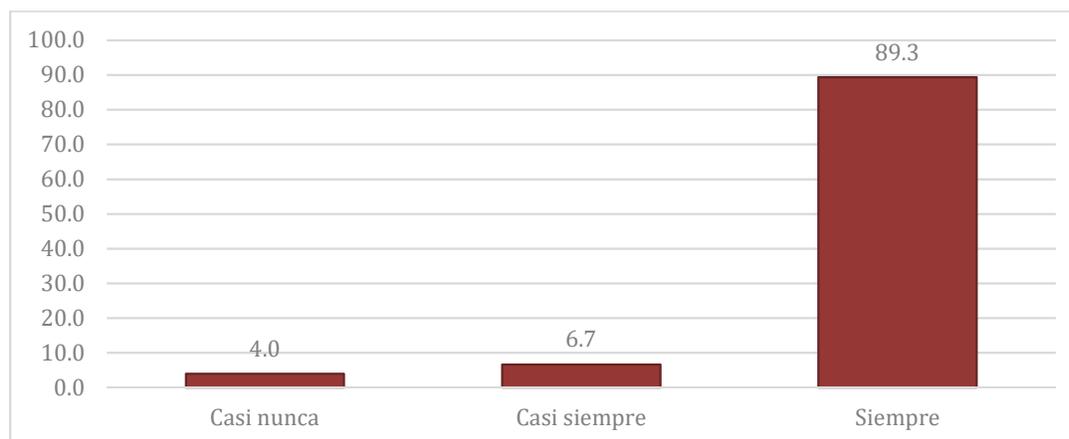
De la tabla 9 y la figura 6, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con opiniones sobre Estrategia centrada en la emoción en la categoría siempre (89,3%) seguido de la categoría casi siempre (6,7%) y casi nunca (4,0%).

Tabla 9.

Caracterización de la dimensión Estrategia centrada en la emoción

	Frecuencia	Porcentaje
Casi nunca	3	4,0
Casi siempre	5	6,7
Siempre	67	89,3
Total	75	100,0

Figura 6. Gráfico de barras porcentual de la dimensión Estrategia centrada en la emoción



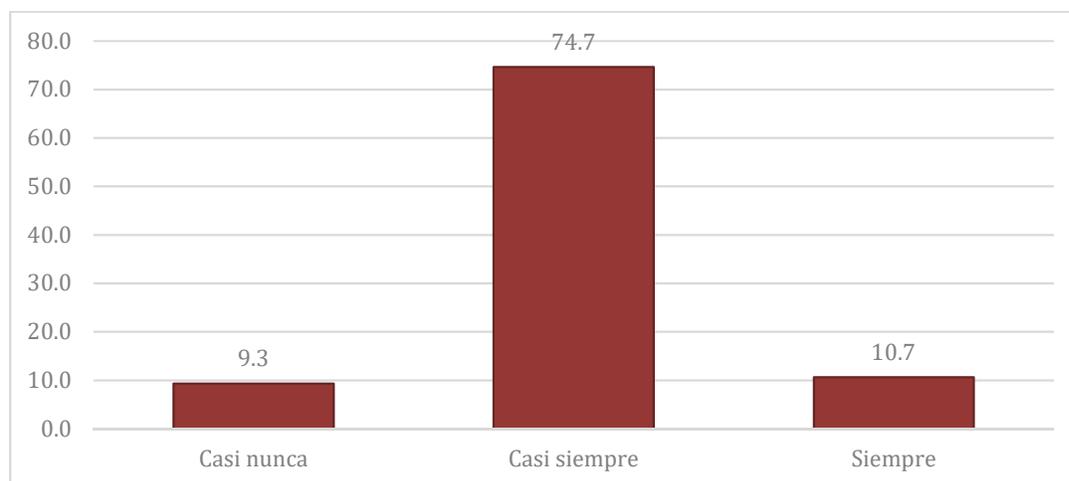
De la tabla 10 y la figura 7, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con opiniones sobre estrategia centrada en la emoción menos funcional en la categoría siempre (74,7%) seguido de la categoría siempre (10,7%), casi nunca (9,3%) y nunca (5,3%).

Tabla 10.

Caracterización de la dimensión estrategia centrada en la emoción menos funcional

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	5,3
Casi nunca	7	9,3
Casi siempre	56	74,7
Siempre	8	10,7
Total	75	100,0

Figura 7. Gráfico de barras porcentual de la dimensión estrategia centrada en la emoción menos funcional



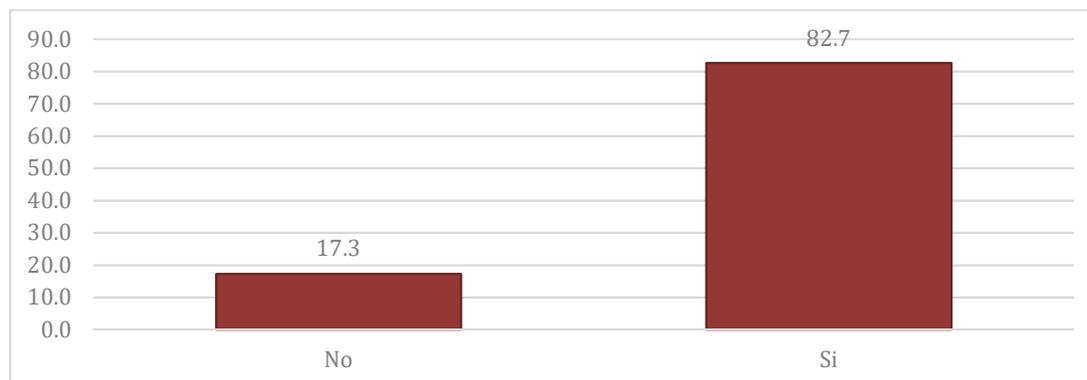
De la tabla 11 y la figura 8, se observó que en la muestra de 75 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar considerados en el estudio, hubo mayor prevalencia de pacientes con Adherencia al tratamiento (82,7%) en comparación con los que no presentaron (17,3%).

Tabla 11.

Caracterización de la dimensión Adherencia terapéutica

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	17,3
Si	62	82,7
Total	75	100,0

Figura 8. Gráfico de barras porcentual de la variable Adherencia terapéutica



4.1.2 Prueba de hipótesis

Tabla 12.

Resultado de la prueba de normalidad

Variables	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	P-valor
Estrategias de afrontamiento	0,539	75	0,002
Adherencia terapéutica	0,502	75	0,001

Nota: nivel de significancia del 5%

Ho: Los datos de las variables estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento si provienen de una población con distribución normal.

Ha: Los datos de las variables estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento no provienen de una población con distribución normal

De acuerdo con los resultados de tabla 12, se decide rechazar la hipótesis nula (Ho) ya que ambos valores resultaron significativos (p-valor estrategias de afrontamiento = 0,002 < 5% y p-valor Adherencia al tratamiento = 0,001 < 5%). Por tal motivo, se decide que los datos de las variables estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento no provienen de una población con distribución normal. En consecuencia, para probar la hipótesis de la investigación se utilizó

el coeficiente Rho de Spearman.

Hipótesis general

Ho: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Ha: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Tabla 13.

Resultado de la prueba de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento.

		Adherencia terapéutica	Estrategias de afrontamiento
Rho de Spearman	Adherencia terapéutica	Coeficiente de correlación	1,00
		P-valor	0,540**
		N	75
	Estrategias de afrontamiento	Coeficiente de correlación	0,540**
		P-valor	1,00
		N	75

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

De los resultados de la tabla 13, se decide rechazar Ho ($p\text{-valor} = 0,022 < 5\%$), por lo tanto, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Además, el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,540$ indicando que dicha correlación es media y positiva.

Hipótesis específicas

Ho1: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Ha1: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Tabla 14.

Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento.

			Adherencia terapéutica	Estrategia centrada en el problema
Rho de Spearman	Adherencia terapéutica	Coefficiente de correlación	1,00	0,414**
		P-valor		0,001
		N	75	75
	Estrategia centrada en el problema	Coefficiente de correlación	0,414**	1,00
		P-valor	0,001	
		N	75	75

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

De los resultados de la tabla 14, se decide rechazar Ho ($p\text{-valor} = 0,001 < 5\%$), por lo tanto, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Además, el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,414$ indicando que dicha correlación es moderada y positiva.

Ho2: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Ha2: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Tabla 15.

Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento.

			Adherencia terapéutica	Estrategia centrada en la emoción
Rho de Spearman	Adherencia terapéutica	Coefficiente de correlación	1,00	0,510**
		P-valor		0,002
		N	75	75
	Estrategia centrada en la emoción	Coefficiente de correlación	0,510**	1,00
		P-valor	0,002	
		N	75	75

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

De los resultados de la tabla 15, se decide rechazar Ho ($p\text{-valor} = 0,002 < 5\%$), por lo tanto, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Además, el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,510$ indicando que dicha correlación es media y positiva.

Ho3: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia

centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Ha3: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.

Tabla 16.

Resultado de la prueba de correlación entre la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento.

			Adherencia terapéutica	Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales
Rho de Spearman	Adherencia terapéutica	Coefficiente de correlación	1,00	0,306**
		P-valor		0,008
		N	75	75
	Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales	Coefficiente de correlación	0,306**	1,00
		P-valor	0,008	
		N	75	75

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

De los resultados de la tabla 16, se decide rechazar H_0 (p -valor = 0,008 < 5%), por lo tanto, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Además, el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,306$ indicando que dicha correlación es moderada y positiva.

4.1.3 Discusión de resultados

Respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, los hallazgos del estudio permitieron rechazar H_0 (p -valor = $0,022 < 5\%$), de esta manera, se afirma, con un nivel de significancia del 5% la existencia de una relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, entre los pacientes que acuden a un hospital de Lima durante el año 2022. El valor global del coeficiente de correlación Rho de Spearman, resulto en $r = 0,540$ lo que permita establecer que la correlación es media y positiva. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios abordados, considerando cada una de las dimensiones de las estrategias de afrontamiento, tal y como se exponen a continuación:

Respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión estrategia centrada en el problema y el proceso de adherencia al tratamiento, los hallazgos de la investigación permiten rechazar H_0 (p -valor = $0,001 < 5\%$), por tanto, se afirma con un nivel de significancia del 5% que efectivamente hay relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes. Esto coincide, con los resultados obtenidos por Yesquén (15), quien señala que la adherencia al tratamiento y la estrategia centrada en el problema tienen una correlación considerable (0.787), De igual manera, Cotrina (17) refiere que de los pacientes que tuvieron éxito en la adherencia del tratamiento, el 88% de los pacientes mostraron cumplimiento de su tratamiento

Respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes los hallazgos permitieron rechazar H_0 (p -valor = 0,002 < 5%), a partir de esto, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que si hay relación entre las estrategias de afrontamiento centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento mostrando un coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,510$. Este resultado coincide con el obtenido por Makhfudli, et al. (13), que en sus hallazgos obtuvieron un $p = 0,000$ en la prueba Spearman Rho y un coeficiente de correlación $r = 0,377$, partir de ellos cuales concluyeron que los pacientes con tuberculosis pulmonar que mostraron adherencia en el tratamiento, cuentan con un buen apoyo familiar. Por su parte Deshmukh et al. (14), también coincide con estos hallazgos, al señalar que el apoyo familiar y el apoyo social que se brindó a los pacientes, fueron factores importantes para la adherencia al tratamiento.

Respecto a la relación entre las estrategias de afrontamiento según las emociones menos funcionales y la adherencia al tratamiento, los resultados de la investigación permitieron rechazar H_0 (p -valor = 0,008 < 5%), de ahí, se puede afirmar con un nivel de significancia del 5% que existe relación entre las estrategias de afrontamiento según las emociones menos funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con un coeficiente de correlación Rho de Spearman resulto en $r = 0,306$. Este resultado coincide con el obtenido por Batte et al. (12) quien señala, que los pacientes con que mostraron adherencia en el tratamiento son aquellos que mostraban un historial de tratamiento previo con DRTB menos proclive a la evasión, de este modo, este aspecto, constituyó un importante predictor de la falta o presencia de adherencia en este estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En general, respecto a los hallazgos estos corroboran, las consideraciones elaboradas desde la teoría, que apuntan a la existencia de otros factores claves en el éxito de diversos tratamientos. En este sentido, se confirma que, el afrontamiento, se encuentra estrechamente relacionado con el comportamiento del tratamiento y la evolución de la enfermedad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, centradas en el problema, es claro que la disposición a la búsqueda de alternativas, la diligencia en cuanto a la consideración de opciones y soluciones tienen una incidencia favorable en la adherencia al tratamiento. Se confirma que las estrategias de afrontamiento, centradas en el problema, se encuentran estrechamente relacionadas con el comportamiento del tratamiento y la evolución de la enfermedad.

Respecto al afrontamiento centrado en la emoción, el mismo también expresa aspectos de la disposición personal a la superación de la situación. La obtención de apoyo, bien sea emocional o espiritual, resulta sin duda alguna esencial en el éxito del tratamiento. En este sentido, se confirma que, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, se encuentran estrechamente relacionadas con el comportamiento del tratamiento y la evolución de la

enfermedad.

Sobre el afrontamiento centrado en la emoción menos funcional, se demuestra, que la conciencia de la situación, que se refleja en los aspectos antes mencionados, índice también a una mejor disposición a sobrellevar el tratamiento de manera efectiva. Se confirma que las estrategias de afrontamiento, centradas en la emoción menos funcional, se encuentra estrechamente relacionado con el comportamiento del tratamiento y la evolución de la enfermedad.

5.2. Recomendaciones

Sobre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento, se recomienda:

- Se recomienda a los centros de salud y personal de salud, hacer énfasis en el proceso de atención a los pacientes, de todas las dimensiones consideradas.
- Fomentar la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales.
- Mantener un enfoque interdisciplinario destinado a abordar los diversos aspectos del tratamiento de la tuberculosis y proporcionar un apoyo integral a los pacientes.
- Establecer sistemas efectivos de recordatorio y seguimiento para asegurar que los pacientes tomen sus medicamentos de manera regular y completa.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la adherencia al tratamiento, se recomienda:

- A los centros de salud y al personal de salud, brindar toda la información posible de manera constructiva, sobre el estado de salud, alternativas de tratamiento, así como las ventajas y desventajas de cada opción.

- Mantener un continuo flujo de información a pacientes y círculo cercano, que permita que el paciente se mantenga en sintonía con su estado de salud y evolución, de modo que se facilita su adhesión al mismo y cumplimiento de las indicaciones.

Sobre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la adherencia al tratamiento, se recomienda:

- A centros de salud y personal de atención y cuidado, considerar en la atención al paciente, un enfoque integral fundamentado caracterizado por el acompañamiento, la cercanía y la confianza por parte de los cuidadores profesionales,
- Incorporar en este enfoque integral al círculo cercano del paciente, de modo que el mismo perciba que no se encuentra solo en el proceso de tratamiento.

Sobre las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones menos funcionales y la adherencia al tratamiento, se recomienda:

- A los centros de atención y al personal de salud, mantener un monitoreo permanente de signos que pudieran mostrar evidencia de evasión por parte del paciente.

6. REFERENCIAS

1. Maranatha D, Krisdanti A. The factors predicting mortality in pulmonary tuberculosis with acute respiratory failure. *Clin Epidemiol Glob Heal*. 2021; 12 (6):100843, 10.1016/j.cegh.2021.100843
2. Muhamad Jauhar, Astuti Yuni Nursasi, Wiwin Wiarsih. Evaluation of impact self-management counseling on health-seeking behavior's self-efficacy pulmonary tuberculosis outpatients. *Enferm Clin*. 2019; 29(S2) :482---487
3. Efendi S, Sjattar EL, Syam Y. Health counseling support medication adherence to regular pulmonary tuberculosis patients. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2022;15:101055
4. Story A, Garfein RS, Hayward A, Rusovich V, Dadu A, Soltan V, et al. Monitoring Therapy Compliance of Tuberculosis Patients by using Video-Enabled Electronic Devices. *Emerg Infect Dis*. 2016 Mar;22(3):538-40. doi: 10.3201/eid2203.151620. PMID: 26891363; PMCID: PMC4766903.
5. Toczek A, Cox H, du Cros P, Cooke G, Ford N. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17:299–307. 10.5588/ijtld.12.0537
6. Mititelu-Tartău L, Bogdan M, Dijmarescu L.A, Pelin, AM, Foia LG. Mycobacterium tuberculosis and Pulmonary Rehabilitation: From Novel Pharmacotherapeutic Approaches to Management of Post-Tuberculosis Sequelae. *J. Pers. Med*. 2022, 12, 569. <https://doi.org/10.3390/jpm12040569>
7. Alipanah N, Jarlsberg L, Miller C, Linh NN, Falzon D, Jaramillo E, et al. Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. *PLoS Med*. 2018 Jul 3;15(7):e1002595. doi:

- 10.1371/journal.pmed.1002595. PMID: 29969463; PMCID: PMC6029765.
8. Lackey B, Seas C, Van der Stuyft P, Otero L. Patient Characteristics Associated with Tuberculosis Treatment Default: A Cohort Study in a High-Incidence Area of Lima, Peru. *PLoS One*. 2015 Jun 5;10(6):e0128541. doi: 10.1371/journal.pone.0128541. PMID: 26046766; PMCID: PMC4457855.
 9. Gebreweld FH, Kifle MM, Gebremicheal FE, Simel LL, Gezae MM, Ghebreyesus SS, et al. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *J Health Popul Nutr*. 2018 Jan 5;37(1):1. doi: 10.1186/s41043-017-0132-y. PMID: 29304840; PMCID: PMC5756387
 10. Acosta J, Flores P, Alarcón M, Grande-Ortiz M, Moreno-Exebio L, Puyen ZM. A randomised controlled trial to evaluate a medication monitoring system for TB treatment. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2022 Jan 1;26(1):44-49. doi: 10.5588/ijtld.21.0373. PMID: 34969428; PMCID: PMC8734191.
 11. McNally TW, de Wildt G, Meza G, Wisikin C. Improving outcomes for multi-drug-resistant tuberculosis in the Peruvian Amazon - a qualitative study exploring the experiences and perceptions of patients and healthcare professionals. *BMC health services research*. 2019; 19(1): 594. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4429-y>
 12. Batte C, Namusobya MS, Kirabo R, Mukisa J, Adakun S, Katamba A. Prevalence and factors associated with non-adherence to multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) treatment at Mulago National Referral Hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci*. 2021 Mar;21(1):238-247. doi: 10.4314/ahs.v21i1.31. PMID: 34394303; PMCID: PMC8356628.
 13. Makhfudli, ., Rozi, A., Sukartini, T, Asmoro, C. Family Support and Coping Mechanisms in Patients with Pulmonary Tuberculosis.

DOI: 10.5220/0008330206420647 In Proceedings of the 9th International Nursing Conference (INC 2018), pages 642-647

14. Deshmukh RD, Dhande DJ, Sachdeva KS, Sreenivas AN, Kumar AMV, Parmar M. Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment. *Indian J Tuberc.* 2018 Jan;65(1):41-47. doi: 10.1016/j.ijtb.2017.05.003. Epub 2017 Jun 2. PMID: 29332647.
15. Yesquén C. Relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en paciente con tuberculosis en Chiclayo 2020. [Tesis]. Universidad Señor de Sipán. 2022. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9498/Yesqu%c3%a9n%20Sotero%20Consuelo%20del%20Milagro_.pdf?sequence=6&isAllowed=y
16. Revilla S, Astete M. Afrontamiento - adaptación y adherencia terapéutica en pacientes del programa de control de tuberculosis, C. S. Sandrita Pérez, Arequipa – 2018. [tesis]. Universidad nacional de san Agustín de Arequipa. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8131/ENresisa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
17. Cotrina, M. Estrategias de afrontamiento en usuarios con tuberculosis atendidos en el Hospital Base II - Essalud, Huánuco 2021. [Tesis]. 2022. Universidad de Huánuco. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/3944/Cotrina%20Justo%2c%20Miriam%20Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Hernández, Ydalsys Naranjo, José Alejandro Concepción Pacheco, and Miriam Rodríguez Larreynaga. "La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem." *Gaceta médica*

espirituana 19.3 (2017). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>

19. Khanal S, Elsey H, King R, Baral SC, Bhatta BR, Newell JN. Development of a Patient-Centred, Psychosocial Support Intervention for Multi-Drug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) Care in Nepal. *PLoS ONE* 2017; 12(1): e0167559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167559>
20. Mekonnen HS, Azagew AW. Non-adherence to anti-tuberculosis treatment, reasons and associated factors among TB patients attending at Gondar town health centers, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):691. doi: 10.1186/s13104-018-3789-4
21. Mohamed Saif Anaam, Mohamed Izham Mohamed Ibrahim, Abdul Wahed Al Serouri, Adel Aldobhani. Factors affecting patients' compliance to anti-tuberculosis treatment in Yemen, *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2013; 4(2):115–122, <https://doi.org/10.1111/jphs.12012>
22. Sudirman Efendi, Elly LiliantySjattar, YulianaSyam. Health counseling support medication adherence to regular pulmonary tuberculosis patients. *Clinical Epidemiology and Global Health* Volume 15, May–June 2022, 101055
23. Barquín-Cuervo Rodrigo, Medina-Gómez M^a Begoña, Albéniz-Garrote Gloria Pérez de. El uso de estrategias de afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2018; 27(2): 89-94. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592018000200004&lng=es. <https://dx.doi.org/10.5093/pi2018a10>.

24. Belito-de la Cruz H, Fernández-Cruzado V, Sánchez-Gutiérrez S, Farro-Peña G. Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Rev enferm Herediana*. 2014;7(2):69-78.
25. Cadena AM, Fortune SM, Flynn JL. Heterogeneity in tuberculosis. *Nat Rev Immunol*. 2017 Nov;17(11):691-702. doi: 10.1038/nri.2017.69. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28736436; PMCID: PMC6247113.
26. Basaraba RJ, Hunter RL. Pathology of Tuberculosis: How the Pathology of Human Tuberculosis Informs and Directs Animal Models. *Microbiol Spectr*. 2017 Jun;5(3). doi: 10.1128/microbiolspec.TBTB2-0029-2016. PMID: 28597826.
27. Calisher CH. Do you remember tuberculosis? *Croat Med J*. 2021 Feb 28;62(1):101-103. doi: 10.3325/cmj.2021.62.101. PMID: 33660967; PMCID: PMC7976892.
28. Houben RM, Dodd PJ. The Global Burden of Latent Tuberculosis Infection: A Re-estimation Using Mathematical Modelling. *PLoS Med*. 2016 Oct 25;13(10):e1002152. doi: 10.1371/journal.pmed.1002152. PMID: 27780211; PMCID: PMC5079585.
29. WHO. Global Tuberculosis Report 2020. 2020. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>.
30. Drain PK, Bajema KL, Dowdy D, Dheda K, Naidoo K, Schumacher SG, et al. Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection. *Clin Microbiol Rev*. 2018 Jul 18;31(4):e00021-18. doi: 10.1128/CMR.00021-18. PMID: 30021818; PMCID: PMC6148193.

31. Pai M, Behr MA, Dowdy D, Dheda K, Divangahi M, Boehme CC, et al. Tuberculosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Oct 27;2:16076. doi: 10.1038/nrdp.2016.76. PMID: 27784885.
32. Bomanji JB, Gupta N, Gulati P, Das CJ. Imaging in tuberculosis. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*. 2015 Jun 1;5(6):a017814.
33. Skoura E, Zumla A, Bomanji J. Imaging in tuberculosis. *Int J Infect Dis*. 2015 Mar;32:87-93. doi: 10.1016/j.ijid.2014.12.007. PMID: 25809762.
34. Churchyard G, Kim P, Shah NS, Rustomjee R, Gandhi N, Mathema B, et al. What We Know About Tuberculosis Transmission: An Overview. *J Infect Dis*. 2017 Nov 3;216(suppl_6):S629-S635. doi: 10.1093/infdis/jix362. PMID: 29112747; PMCID: PMC5791742.
35. Zelner JL, Murray MB, Becerra MC et al. Age-specific risks of tuberculosis infection from household and community exposures and opportunities for interventions in a high-burden setting. *Am J Epidemiol* 2014; 180:853–61.
36. Dharmadhikari AS, Mphahlele M, Venter K et al. Rapid impact of effective treatment on transmission of multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2014; 18:1019–25.
37. Huang CC, Tchetgen ET, Becerra MC et al. The effect of HIV-related immunosuppression on the risk of tuberculosis transmission to household contacts. *Clin Infect Dis* 2014; 58:765–74.
38. Corbett EL, Bandason T, Cheung YB et al. Epidemiology of tuberculosis in a high HIV prevalence population provided with enhanced diagnosis of symptomatic disease. *PLoS Med* 2007; 4:e22.

39. Tariq, Muhammad Usman. (2015). HYPOTHETICO-DEDUCTIVE METHOD: A COMPARATIVE ANALYSIS. *Journal of Basic and Applied Research International*. 7. 2395-3446.
40. Matthias Borgstede, Marcel Scholz. Quantitative and Qualitative Approaches to Generalization and Replication—A Representationalist View. *Front. Psychol.*, 05 February 2021
41. Mello A, Wood T. What is applied research anyway?. *Revista de Gestão*. 2019; 26. 338-339. 10.1108/REGE-10-2019-128.
42. Rezigalla AA. Observational Study Designs: Synopsis for Selecting an Appropriate Study Design. *Cureus*. 2020 Jan 17;12(1):e6692. doi: 10.7759/cureus.6692. PMID: 31988824; PMCID: PMC6970097.
43. Algorani EB, Gupta V. Coping Mechanisms. [Updated 2022 Apr 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
44. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014 Jun 22;4(2):30-6. doi: 10.5498/wjp.v4.i2.30. PMID: 25019054; PMCID: PMC4087153.
45. Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

46. Flores, M. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en pacientes mayores de 18 años en el Centro de Salud San Francisco en el año 2015. [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2332/1107_2017_flores_onofre_mr_facs_farmacia_y_bioquimica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018; 59(3): 163-172. <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un hospital de Lima, 2022

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN
<p><u>Problema General</u> ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?</p> <p><u>Problemas Específicos</u> – ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022? – ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022? – ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes</p>	<p><u>Objetivo general</u> Determinar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022</p> <p><u>Objetivos específicos</u> – Identificar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. – Identificar cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. – Identificar cuál es la relación entre las estrategias de</p>	<p><u>Hipótesis General</u> Ho: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Ha: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.</p> <p><u>Hipótesis específicas</u> Ho1: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Ha1: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en el problema y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.</p>	<p><u>Variable 1:</u> Estrategias de afrontamiento</p> <p><u>Dimensiones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia centrada en el problema ● Estrategia centrada en la emoción ● Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales <p><u>Variable 2</u> Adherencia al tratamiento.</p> <p><u>Dimensiones</u> Adherente al tratamiento</p>	<p>Método: hipotético-deductivo. Enfoque: cuantitativo. Tipo: aplicada. Diseño: Observacional.</p> <p>Población: pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que acuden al hospital de Lima</p>

<p>con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022?</p>	<p>afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022</p>	<p>Ho2: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Ha2: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en la emoción y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.</p> <p>Ho3: No existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022. Ha3: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento según la dimensión Estrategia centrada en las emociones menos Funcionales y la adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que asisten a un hospital de Lima durante el año 2022.</p>		
---	--	---	--	--

Anexo 2: Instrumento

Buenos días, en esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en la investigación sobre “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR, EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2022”, para lo cual le pido a Usted responder con veracidad las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial.

En el presente cuestionario, marque Ud. las respuestas que considere correcta, si desconoce alguna información acerca de las respuestas, pregunta a su facilitador para que aclare sus dudas.

I Parte

1. Edad: años.

2. Sexo

Masculino () Femenino ()

3. Grado de instrucción:

Sin instrucción () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

4. Ocupación:

Comerciante () Estudiante () Ama de casa ()

Otro.....

5. Tiempo de enfermedad: _____

6. Tiempo de tratamiento: _____

TEST PARA MEDIR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Afrontamiento centrado en el problema					
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre mi enfermedad				
2	Tomo medidas para intentar mejorar mi enfermedad				
3	Intento proponer una estrategia sobre cómo cuidarme ahora que estoy enfermo				
4	Pienso detenidamente sobre las acciones a seguir relacionados con mi enfermedad				
Afrontamiento centrado en la emoción					
5	Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre mi enfermedad				
6	Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen sobre mi enfermedad				
7	Consigo apoyo emocional de otras personas				
8	Consigo consuelo y la comprensión de otras personas				
9	Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales				
10	Rezo o medito				
11	Intento ver con otros ojos mi enfermedad, para hacer que parezca más positiva				
12	Busco algo bueno en mi enfermedad				
13	Acepto mi enfermedad				
14	Aprendo a vivir con mi enfermedad				
Afrontamiento centrado en la emoción menos funcional					
15	Me digo a mí mismo “no tengo esta enfermedad”				
16	Me niego a creer que estoy enfermo				
17	Recurso al trabajo o realizo otras actividades para apartar la enfermedad de mi mente				

18	Hago algo para pensar menos en mi enfermedad, tal como ir al cine o ver la televisión				
19	Me critico a mí mismo				
20	Me echo la culpa por tener esta enfermedad				
21	Renuncio a intentar ocuparme de mi enfermedad				
22	Renuncio al intento de hacer frente a mi enfermedad				
23	Digo cosas para liberar sentimientos desagradables acerca de mi enfermedad				
24	Expreso mis sentimientos negativos acerca de mi enfermedad				
25	Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor				
26	Utilizo alcohol u otras drogas para ayudar a superar mi enfermedad				
27	Hago bromas sobre mi enfermedad				
28	Me rio de mi enfermedad				

TEST DE MORISKY-GREEN PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Marque Ud. las respuestas que considere de acuerdo a la toma de sus medicamentos contra la tuberculosis.

ITEMS	SI	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		1
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	2	
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		1
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		1

Anexo 3: Formato de consentimiento informado

Anexo 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr, Sra. se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título de proyecto: “Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un hospital de Lima, 2022”

Nombre de los investigadores principales:

Adelina Felles Damián

Propósito del estudio:

Determinar la estrategia de afrontamiento y Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, en un Hospital de Lima, 2022

Beneficios para participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad para su actividad profesional

Inconvenientes y riesgos: Ninguno sólo se le pedirá responder el cuestionario

Costo por participar: Usted no era gasto alguno durante el estudio

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, sólo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse el estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: En caso de tener alguna pregunta, puede hacerle ahora o más tarde, incluso después de que el estudio haya comenzado. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con Adelina Felles Damián, los números telefónicos son: 918715271 los correos electrónicos; adelinafellesdamian@gmail.com

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento

Declaración de consentimiento

Declaró que el leído y comprendido, tuvo tiempo y oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente aceptó participar voluntariamente en el estudio

Lima 07 octubre del 2022

certificó que recibió una copia de consentimiento informado