

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR,
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2017.**

TESIS

PRESENTADA POR:

SANDRA LILIANA SALAS CHAMBI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR,
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2017.

PRESENTADA POR:

SANDRA LILIANA SALAS CHAMBI

Fecha de sustentación: 25 - setiembre - 2018

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA



APROBADA POR EL JURADO:

PRESIDENTE:

Dr. Cn. Juan Moisés Sucapuca Araujo

PRIMER MIEMBRO:

M.Sc. Christian William Jara Zevallos

SEGUNDO MIEMBRO:

Lic. Margot Alejandra Muñoz Mendoza

DIRECTOR / ASESOR:

Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda

Área : Epidemiología

Tema : Autoestima y Estrategias de afrontamiento

DEDICATORIA

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Con mucho amor a mis padres Max y Marcia por su sacrificio y apoyo incondicional en todo momento y por hacer posible la culminación de mis estudios.

A mi querida hija Daffne por ser mi motor y motivo para poder seguir adelante y culminar satisfactoriamente mi estudio universitario

A mi querida tía Irene quien me brindó su apoyo incondicional en el cuidado de mi querida hija Daffne

A mis queridas amigas por brindarme su apoyo y compañía y haber compartido momentos agradables e inolvidables durante los cinco años de carrera profesional

SANDRA LILIANA

AGRADECIMIENTOS

- *A mi alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano Puno y a mi querida Facultad de Enfermería que me acogieron en sus aulas durante mi formación profesional.*

- *A los Docentes de la Facultad de Enfermería quienes durante los cinco años se esmeraron por contribuir a mi formación profesional, por los conocimientos teóricos y experiencias vividas.*

- *A los miembros del Jurado Calificador: Dr.Cn. Juan Moisés Sucapuca Araujo, M.Sc. Christian William Jara Zevallos, Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por su apoyo y orientación en la presente investigación.*

- *Con mucho cariño y eterna gratitud a la Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda, por su acertada dirección en el presente trabajo de investigación.*

- *A la Lic. Vanesa Zavaleta Mayta por haberme brindado la oportunidad de realizar la presente investigación en el consultorio de CENEX*

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. MARCO TEÓRICO	13
2.1.1. Nivel de autoestima	13
2.1.2. Estrategias de afrontamiento	17
2.1.3. Tuberculosis	22
2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	25
2.3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	29
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.2. UBICACIÓN DEL ESTUDIO	30
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3.1. Población	31
3.3.2. Muestra.....	31
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	31
3.4.1. Variables.....	31
3.4.2. Operacionalización de variables	32
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.5.1. Técnica	33
3.5.2. Instrumentos	33
3.5.3. Validación del instrumento.....	34
3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	34
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS.....	37
4.2. DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA.....	37
TABLA 2	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA.....	38
TABLA 3	RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2017.....	38

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- OMS** : Organización Mundial de la Salud
- ESN-PCT** : Estrategia Sanitaria Nacional del programa de Control de Tuberculosis
- BK** : Bacilo de Koch
- NANDA** : Asociación norteamericana de diagnóstico de enfermería
- DOTS** : Terapia directamente observada de corta duración
- BCI** : Breve COPE inventario (Brief COPE Inventory)
- CDC** : Centro de control de enfermedades
- TB** : Tuberculosis
- OSHA** : Administración de seguridad de salud

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017. Es de tipo descriptivo correlacional con diseño transversal. La población de estudio estuvo constituida por el total de 25 pacientes con diagnóstico tuberculosis pulmonar, que reciben tratamiento en el Programa de Control de Tuberculosis. La recolección de datos se realizó mediante la encuesta y como instrumento se utilizó un Cuestionario Inventario breve de Cope en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento. La hipótesis planteada fue: Existe relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017 y la contrastación se realizó aplicando la prueba Chi Cuadrado. Resultados: El 60% de los pacientes tienen autoestima media, 36% con autoestima baja y al 4,0% con autoestima alta. El 56,0% utiliza la estrategia de afrontamiento activo y el 44,0% la estrategia pasiva. Al relacionar las variables de estudio encontramos, el 52% de pacientes con autoestima media enfrenta a su enfermedad en forma activa; mientras el 36% con autoestima baja, afronta a la enfermedad en forma pasiva. Por tanto, se concluye: Existe relación significativa ($p=0,000$) entre el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento, porque se demuestra el afrontamiento pasivo se relaciona con la baja autoestima de los pacientes con tuberculosis.

Palabras claves: Afrontamiento, autoestima, tuberculosis pulmonar

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the relationship between self-esteem level and coping strategies in patients with pulmonary tuberculosis, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017. It is descriptive correlational type with transversal design. The study population consisted of a total of 25 patients diagnosed with pulmonary tuberculosis, who receive treatment in the Tuberculosis Control Program. The data collection was carried out through the survey and as a tool a Brief Coping Inventory Questionnaire was used in Spanish version to evaluate coping strategies. The hypothesis was: There is a relationship between coping strategies and self-esteem level in patients with pulmonary tuberculosis, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017 and the test was performed using the Chi Square test. Results: 60% of patients have average self-esteem, 36% with low self-esteem and 4.0% with high self-esteem. 56.0% use the active coping strategy and 44.0% use the passive strategy. When relating the study variables we found, 52% of patients with average self-esteem faces their illness in an active way; while 36% with low self-esteem, faces the disease passively. Therefore, it is concluded: There is a significant relationship ($p = 0.000$) between the level of self-esteem and coping strategies, because passive coping is shown to be related to the low self-esteem of patients with tuberculosis.

Key words: Coping, self-esteem, pulmonary tuberculosis

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica como la tuberculosis genera en el paciente, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo, (1) afecta también el aspecto psicológico, como la autoestima (2). El Ministerio de Salud ha señalado que el malestar que produce la tuberculosis incluye no sólo las propias dolencias somáticas sino también el malestar psicológico. Todo esto crea una ansiedad, es decir, una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad (3). El análisis de tendencias de casos de tuberculosis en los últimos 5 años en la provincia de Guayas Ecuador, señaló que uno de los factores de gran importancia que se deben considerar en los casos de TB es el bajo nivel de autoestima, lo que induce a que los pacientes no acudan a recibir el tratamiento en el centro de salud más cercano, inclusive cuando lo inician pero lo interrumpen, fortaleciendo la resistencia del bacilo de Koch, dificultando el tratamiento y su propia recuperación, incrementando los costos que invierte el Estado en este tipo de usuarios (4). La persona afectada sufre un trastorno psicológico muchas veces prolongado, que se materializa en sus interrelaciones personales y sociales por la baja autoestima que presenta (5).

Estudios realizados a nivel nacional sobre estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente frente a la enfermedad de la tuberculosis, demostraron que, los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa de Control de Tuberculosis (ESN-PCT) del Centro de Salud Santa Rosa Lima, utilizaron en mayor porcentaje, el afrontamiento activo (6); sin embargo, otro estudio demostró que las estrategias de afrontamiento están ausentes en la mitad de los pacientes; las estrategias de menor uso fueron las centradas en la emoción que está dada por aprender algo de estar enfermo (7). Respecto, a la autoestima un estudio realizado en el centro de Salud Micaela Bastidas, encontró que, el 66% de los pacientes con tuberculosis presentan autoestima media y baja (2).

En las instituciones de salud se observa con frecuencia al paciente con tuberculosis cuando se le da a conocer los resultados y se comunica que recibirá el tratamiento, no creen que están enfermos, no buscan ayuda, se muestra indiferente y algunas veces se niegan a recibir el tratamiento. Por otra parte, algunos pacientes sienten temor de avisar a sus familiares, expresan frases como “me quiero morir”, “no sirvo para nada”, “no quiero saber nada de la vida”, estas y otras frases, hacen pensar que los pacientes diagnosticados con la enfermedad tuberculosa presentan problemas para afrontar a la enfermedad y que son afectados en su autoestima. Cuando el paciente no afronta su enfermedad con frecuencia abandona el tratamiento, de ello se evidencia a través de las estadísticas pacientes con recaídas o multidrogoresiste. La Dirección Regional de Salud (DIRESA), reporta que las cifras de casos de tuberculosis siguen siendo alarmantes, ya que durante el año 2017 se detectaron 160 casos nuevos de tuberculosis y en el primer trimestre del año 2018 se registró 45 casos. Reporta además que la provincia de San Román (cuya capital es Juliaca), es la que obtiene el mayor número de pacientes afectados por este mal (8).

Por otra parte, sobre el problema planteado no se han realizado estudios que aborden la relación entre las estrategias de afrontamiento frente a la tuberculosis y el nivel de autoestima que los pacientes presentan durante la enfermedad; situación descrita motiva realizar la presente investigación para responder a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca
- Evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. NIVEL DE AUTOESTIMA

2.1.1.1. Definición de autoestima

El término autoestima es, sin duda, uno de los más ambiguos y discutidos en el ámbito de la psicología. Autoaceptación, autoajuste, autovaloración, autoestima, autoconcepto, autoimagen son términos que se usan indistintamente para significar el concepto, positivo o negativo, que uno tiene de sí mismo. Algunos autores consideran la autoestima como un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos se atribuyen o que creen que los demás les atribuyen (9).

La autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos (10).

La verdadera autoestima no se expresa por la autoglorificación a expensas de los demás, o por el afán de ser superior a los otros o de rebajarlos para elevarse uno mismo. La arrogancia, la jactancia y la sobrevaloración de nuestras capacidades reflejan más bien una autoestima equivocada y no, como imaginan algunos, un exceso de autoestima.

La importancia de una autoestima sana radica en que esa es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el trabajo, en el amor y en la diversión. Además, es la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida.

La autoestima no depende de nuestro atractivo físico, como imaginan algunos con ingenuidad. Pero nuestra voluntad o falta de voluntad para vernos y aceptarnos sí tiene consecuencias en nuestra autoestima. Nuestra actitud hacia la persona que vemos en el espejo es sólo un ejemplo dentro del tema de la autoaceptación (11).

Distintas teorías psicológicas la consideran una pieza clave del comportamiento relacionada con la salud y el bienestar mental; esta asociación se ha manifestado entre un ajuste positivo del yo y un alto funcionamiento del «ego» con los demás en situaciones variadas (control interno, autonomía personal, etc.). La ausencia o baja autoestima de los individuos ha estado vinculada a estados individuales negativos, como enfermedades mentales y ciertos trastornos de personalidad. Sin embargo, la importancia concedida al estudio de la autoestima, preferentemente en los ámbitos de la psicología profunda, de la personalidad, de la psicología social y de la psicoterapia, ha sobrepasado el espacio propio de la ciencia psicológica, y se ha constituido en una constante de la investigación social cuando se ha tratado de la conducta del individuo con los demás o, más precisamente, del yo y la influencia del contexto social. (12) (13)

2.1.1.2. Componentes de autoestima

La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades)

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar (11).

2.1.1.3. Tipos de autoestima

a) Autoestima alta

La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena. Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades; cuanto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desesperación o a la derrota. Cuanta más alta sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo, lo que significa que también tendremos más posibilidades de lograr el éxito.

Cuanta más alta sea nuestra autoestima, más ambiciosos tenderemos a ser, no necesariamente en nuestra carrera o profesión o en un sentido económico, sino en términos de lo que esperamos experimentar en la vida en el plano emocional, creativo y espiritual.

Cuanta más alta sea nuestra autoestima, más posibilidades tendremos de entablar relaciones enriquecedoras y no destructivas, ya que lo semejante se atrae entre sí, salud llama a la salud, y la vitalidad y la generosidad de ánimo son más apetecibles que el vacío afectivo y la tendencia a aprovecharse de los demás.

Cuanto más alta sea nuestra estima, más inclinados estaremos a tratar a los demás con respeto, benevolencia y buena voluntad, ya que no los percibiremos como amenaza, no nos sentiremos "extraños y asustados en un mundo que nunca hicimos" (citando el poema de A. E. Housman), y porque el respeto por uno mismo es la base del respeto por los demás.

Cuanta más alta sea nuestra estima, más alegría experimentaremos por el solo hecho de ser, de despertarnos por la mañana, de vivir dentro de nuestros cuerpos (11).

b) Autoestima media

Tener un término medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apto e Inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incoherencias en la

conducta (actuar a veces con sensatez, a veces tontamente), reforzando, así, la inseguridad (11).

c) Autoestima baja

Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida; errado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona

Numerosas personas padecen sentimientos de Inutilidad, Inseguridad, dudas sobre si mismas, culpa y miedo a participar plenamente en la vida, una vaga sensación de que "lo que soy no es suficiente". No siempre estos sentimientos se reconocen y admiten con facilidad, pero ahí están (11).

2.1.1.4. Autoestima y enfermedad

La adquisición de una enfermedad más o menos grave supone, ante todo, una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo, contra su vida normal. El malestar incluye no sólo las propias dolencias somáticas sino también el malestar psicológico. Todo esto crea una ansiedad, es decir, una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad.

El individuo enfermo va a estar más atento de lo normal sobre su cuerpo, fenómeno que algunos autores llaman absorción del cuerpo; siente más intensamente cada una de sus funciones vitales, valora con ojo crítico los síntomas que va padeciendo. Frente a quienes están a su alrededor, el enfermo puede tornarse más egocéntrico, es decir, se ocupa más de sí mismo en detrimento de cuánto y cuantos le rodean.

Pero también cabe la posibilidad de que su temor no sea sólo por el hecho mismo de padecer la enfermedad, sino porque, en caso de muerte o invalidez, sus seres queridos podrían encontrarse en una situación muy comprometida. Esta eventualidad incrementa aún más su nivel de ansiedad.

Por lo general el estatus de enfermedad obliga a una dependencia de los demás en sentido material y emocional, ya que su superación suele requerir ayuda externa. Cuando se adquiere una enfermedad crónica o grave, la concepción de yo, puede incluso cambiar, la persona es consciente de que no

era todo lo fuerte (física y psicológicamente) que pensaba. Una de las sensaciones más intensas y desagradables que experimentamos cuando padecemos una grave enfermedad es la soledad (14).

Una enfermedad crónica como la tuberculosis, disminuye la autoestima, afectando la identidad y en ocasiones la autoimagen de la persona, puede reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad. Cuando la persona está enferma se siente vulnerable e incapaz de controlar el dolor, la enfermedad o los aspectos de la vida que se han alterado por ella. Cuando dicha enfermedad es pasajera, aun cuando incapacita momentáneamente, el saber que tiene un fin tranquiliza a la persona y la autoestima no se ve afectada, pero cuando la persona no conoce la enfermedad que padece o es crónica, la autoestima disminuye significativamente. En ambos casos, la autoestima puede hacer una gran diferencia, no siempre se puede sanar, pero siempre se puede mejorar la calidad de vida y la respuesta emocional. Una enfermedad crónica, repercute en las distintas áreas de la vida: personal, familiar, social, económica y laboral (15).

2.1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Se definen como un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto) generadoras de estrés, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (16). El objetivo de las estrategias de afrontamiento es analizar cómo las personas se enfrentan a elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos o sucesos vitales estresantes.

Carver, considerando el enfoque de Lazarus y Folkman, señala tres escalas que evalúan los aspectos: centrados en la solución del problema, donde la persona hace frente a su problema manejando sus consecuencias y adaptándose a la nueva situación de salud, afrontamiento de tipo emocional en el cual reduce los sentimientos negativos manteniendo el optimismo y la esperanza frente al proceso de la enfermedad y respuestas menos funcionales donde valora la manera que su nuevo estresor resulte menos desagradable. De

esta manera, además de redefinir en tres grandes aspectos el tipo de afrontamiento, Carver aporta una metodología que permite estudiar con mayor precisión las conductas, tanto cognitivas como motrices, que utilizan las personas ante el estrés (17). Si bien es cierto que este concepto se ha desarrollado ampliamente en otras áreas, para la enfermería el afrontamiento es clave para la teoría e investigación en adaptación y salud.

La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) define el afrontamiento como procesos cognitivos y conductuales para el manejo de problemas o agentes estresantes actuales o futuros, e identifica este concepto como un diagnóstico de enfermería; mientras, que Carpenito lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigidos hacia la adaptación (16).

2.1.2.1. Afrontamiento frente a la tuberculosis

Cuando una persona recibe el diagnóstico de una enfermedad crónica como la tuberculosis cambia la forma como se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el autoconcepto; su adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el sexo, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, estas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales; por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de afrontamiento para entender las estrategias que pone en acción o en marcha una persona cuando se enfrenta a la tuberculosis, dado que de esto dependerá el éxito o fracaso del tratamiento (6).

La importancia que la Enfermería como ciencia que se centra en el cuidado holístico de los individuos en presencia o ausencia de enfermedad, con calidad y calidez, aborde temas como este, radica en que el profesional enfermero forma parte del equipo multidisciplinario de salud (6), de los programas dirigidos al control, prevención, tratamiento de tuberculosis, y es quien dirige los procesos de atención que se brinda como: la terapia directamente observada de corta duración (DOTS), las visitas domiciliarias, las charlas educativas, y la entrevista de enfermería, constituye así un eje fundamental de

acción de la estrategia (18); tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar, dado que un individuo, al ser diagnosticado de una enfermedad como la tuberculosis, adopta diversos mecanismos de defensa ante una situación nueva, a esto se suma el desconocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, todo ello conllevaría a muchos riesgos, entre ellos el abandono del tratamiento (6).

La importancia del afrontamiento en la respuesta de los individuos ante situaciones de crisis, como aspecto psicológico en la enfermedad, y, por el otro, la importancia de la participación del paciente en su proceso terapéutico (19).

2.1.2.2. Dimensiones del Afrontamiento

Lazarus y Folkman (11) en su teoría Carver en la versión abreviada del Cuestionario COPE, quien plantea como estrategias de afrontamiento (12): autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, abandono de resolución o renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento o planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica. Su uso va a determinar el tipo de afrontamiento que la persona lleva a cabo, de manera tal que puede tratarse de afrontamiento activo o afrontamiento pasivo.

2.1.2.3. Clasificación de las estrategias de afrontamiento:

En el modelo de Carver. (Citados en Krzemien, 2005) (20), se describen las modalidades de afrontamiento, incluyendo los tres dominios de las estrategias y los dos estilos de afrontamiento, indistintamente pasivos o activos, según sean funcionales a la situación por afrontar.

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento (21).

- **Afrontamiento activo:**

Existe correlación positiva entre bienestar psicológico y el uso de estrategias de afrontamiento que implican un papel activo por parte del sujeto.

En este tipo de afrontamiento, los sujetos utilizan estrategias centradas en un estilo de afrontamiento constructivo, como concentrarse en resolver el problema o preocuparse activamente centrado en la distracción, así como estrategias centradas en ignorar el problema o reservarlo para sí (22).

▪ **Afrontamiento pasivo/evitativo:**

El afrontamiento pasivo se correlaciona con bajo nivel de bienestar constituyendo factores de riesgo para la salud. Las estrategias activas se asocian con elevado nivel de bienestar y factores protectores de la salud.

Los sujetos con bajo bienestar tienden a utilizar estrategias de afrontamiento del tipo pasivo/evitativo ya que no requieren de empeño por parte del sujeto, sino una evitación del problema y el alivio de la tensión (22).

2.1.2.4. Sub-escalas de Estrategias de Afrontamiento:

El Brief COPE consta de las siguientes sub escalas: agrupada en dos dimensiones, afrontamiento activo y pasivo:

a) Afrontamiento activo:

- **Activo:** Es el afrontamiento activo que se inicia con acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.
- **Planeamiento:** Es la forma de pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- **Reformulación pasivo:** Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación
- **Humor:** Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

- **Aceptación:** Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
- **Apoyo emocional:** Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
- **Apoyo instrumental:** determina procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer (23).

b) Afrontamiento pasivo

- **Renuncia:** Es reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor
- **Auto distracción:** Es concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- **Negación:** Es cuando se niega la realidad del suceso estresante.
- **Religión:** Es la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
- **Uso de sustancias:** El uso de alcohol, medicamentos, significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- **Autoculpa:** Es auto-inculparse, criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
- **Descarga emocional:** Es el aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos (23).

2.1.2.5. Autoestima y afrontamiento

De este modo, la autoestima se ha operativizado como una variable mediadora de múltiples situaciones psicológicas, educativas y sociales. También se ha tomado como una variable independiente, en el sentido de que la autoestima influye sobre la conducta orientándola hacia una dirección o, por el contrario,

como variable dependiente porque responde a la influencia de factores externos. El modo tan variado en que se manifiesta la autoestima en nuestra conducta, que puede influir o puede ser influenciado por ésta, es una prueba más de que no existe una solución definitiva, al menos de momento, al problema de la autoestima (24).

2.1.2.6. Evaluación de la estrategia de afrontamiento

▪ Cuestionario Brief Coping Inventory en Versión en Español

Es un inventario de 28 ítems y 14 sub escalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 3 alternativas de respuesta (de 1 a 3), entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto” con puntuaciones intermedias (23).

Este inventario o cuestionario permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento; es la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver (25) y fue adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (26).

2.1.3. TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana crónica de distribución mundial (1), causado por el complejo *M. tuberculosis*. La TB pulmonar es la forma más común (80%-85%); y a efectos epidemiológicos la única capaz de contagiar a otras personas. La transmisión es directa de persona a persona.

El *M. tuberculosis* es de crecimiento lento, no produce toxinas, permanece por largo tiempo dentro de las células y posee numerosos antígenos capaces de producir respuestas inmunológicas diferentes en el huésped.

La TB es una enfermedad altamente infecciosa. La principal ruta de entrada al organismo es a través del tracto respiratorio (27).

El riesgo de infección en un individuo susceptible es alto, si se encuentra en contacto prolongado con un paciente bacilífero. Diferentes estudios realizados en países industrializados y países en vías de desarrollo, han demostrado que el riesgo de transmisión de TB en hospitales, es 3 veces mayor que en la población general (28).

La magnitud del riesgo varía considerablemente según la prevalencia de tuberculosis en la comunidad, el grupo ocupacional de los trabajadores, el servicio en que laboran estos y la efectividad de las intervenciones de control de la infección tuberculosa en el establecimiento (29).

En el momento actual, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) (30) y la administración de seguridad y salud (OSHA) en USA, reconocen que en aquellos centros donde se han aplicado las medidas de control (detección/diagnostico precoz, tratamiento oportuno, protección respiratoria con respiradores N 95 y control ambiental), el riesgo de contraer TBC por el personal sanitario, disminuye considerablemente aproximándose al de la comunidad donde residen

2.1.3.1. Etiopatogenia de la tuberculosis

El agente causal de la tuberculosis pertenece al género *Mycobacterium*. Es un bacilo fino, inmóvil, no esporulado y positivo a la tinción Gram. El género *Mycobacterium* comprende más de 100 especies, las especies productoras de la tuberculosis son *M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*; también se incluye *M. microti*, que produce tuberculosis en las ratas y que se usó como vacuna antituberculosa (31).

Las partículas infecciosas son inhaladas y sólo las más pequeñas escapan de las defensas de superficie de las vías respiratorias y llegan hasta los alveolos pulmonares. A nivel alveolar, los macrófagos consiguen en la mayoría de los casos eliminar las partículas infecciosas por fagocitosis. Los bacilos se multiplican en el interior de los macrófagos que, al destruirse y una vez en el espacio extracelular, a través de la vía linfática llegan hasta los ganglios del mediastino y, por la sangre, a numerosos aparatos del organismo. Los bacilos anidan especialmente en órganos con abundante sistema reticuloendotelial y bien oxigenados. La inmunidad adquirida o específica frena la multiplicación de los bacilos, pero no se establece plenamente hasta las 6 a 14 semanas tras la infección (32).

Una persona presenta infección tuberculosa latente cuando la infección tuberculosa no progresa a enfermedad; está sana (sin signos o síntomas de

enfermedad), pero tiene en su organismo bacilos tuberculosos vivos. Existen individuos en los que la inmunidad específica es insuficiente para evitar el desarrollo de la enfermedad y entre un 10% a un 15% de ellos la desarrollarán a lo largo de su vida. En los dos primeros años aparecen entre el 50% a 80 % de los casos de enfermedad tuberculosa. En la infancia, la enfermedad que se desarrolla dentro de los primeros cinco años tras la infección primaria se denomina tuberculosis primaria. Cuando la enfermedad se produce mucho tiempo después de la primoinfección se denomina tuberculosis posprimaria, secundaria o de tipo adulto. El declive del sistema inmunitario permite el desarrollo de los bacilos procedentes de la primoinfección (tuberculosis por reactivación endógena). También puede ocurrir que la persona reciba nuevas exposiciones abundantes, repetidas o de cepas de especial virulencia del bacilo (tuberculosis por reinfección exógena).

2.1.3.2. Fisiopatología de la tuberculosis pulmonar

El desarrollo de la tuberculosis implica varias fases y la enfermedad puede o no desarrollarse. Las formas de tuberculosis incluyen:

Fase I complejo primario. Aquí se presenta una reacción granulomatosa a nivel pulmonar.

Fase II TBC post primaria. En este caso la enfermedad puede progresar en forma continua a partir de lesión primaria. Inicialmente se puede presentar una fase latente y luego reactivarse la infección. También puede presentarse una reinfección exógena, cuando el paciente previamente infectado se reinfecta.

Fase III TBC miliar. En este caso la lesión granulomatosa esta diseminada. Esta diseminación puede ser local, para producir la TBC miliar pulmonar, o extenderse a otros tejidos por mecanismos diversos que incluyen reflujo y deglución del material caseoso para afectar el tracto gastrointestinal. Los mecanismo de diseminación hemática o sanguínea pueden ocasionar propagación a diferentes órganos que incluyen riñón, cerebro, huesos y sistema linfático, para generar las formas extrapulmonares de tuberculosis (33).

La persona infectada con el bacilo puede curarse en forma espontánea o el bacilo puede permanecer en forma latente y reactivarse posteriormente. En la

remisión espontánea, la cual se presenta en la mayoría de casos, en el pulmón se desarrolla una reacción fibrótica en la zona del granuloma y posteriormente se presenta calcificación. En los pacientes con TBC post primaria la reactivación de la enfermedad se puede presentar en los primeros 2 años en un 5% de los casos o 2 años después en 5% de los casos. En pacientes con coinfección la reactivación es del 10% por año (34).

2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la búsqueda de antecedentes de estudio sobre el problema propuesto no se han encontrado estudios a nivel internacional, sin embargo a nivel nacional se realizaron estudios sobre las variables de forma independiente y enfocados en el autocuidado que el paciente hace durante su enfermedad.

A Nivel Nacional

El estudio realizado por **Belito-de la Cruz H.** (2014) (6) en Lima sobre “Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud”, con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud «Santa Rosa» de San Juan de Lurigancho. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario Brief Cope fue aplicado a 30 pacientes. Para su validación, fue sometido a juicio de expertos y a una prueba piloto. Los resultados reportados fueron: el 86,6% de la población utiliza el afrontamiento activo, el 73,3% de la población siempre utiliza la aceptación y el 53,3% utiliza la autodistracción como medio de afrontamiento. Se concluyó que: Los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Santa Rosa utilizan, en mayor porcentaje, el afrontamiento activo.

Pillaca H. (2013) (7), en Lima realizó un estudio con el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30, total de pacientes asistentes a la ESNPCT. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue el (COPE) modificado, aplicado

previo consentimiento informado. Se reportó los siguientes resultados: Del 100% (30), el 50%(15) las estrategias de afrontamiento están presentes y en el 50%(15) están ausentes. Las estrategias centradas en el problema están presentes en 53 % (16) y en 47% (14) están ausentes. Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100% (30), 53% (16) la supresión de actividades está presente y en 47% (14) ausente, la planificación está presente y en 57% (17) ausente. Referente a las otras estrategias de afrontamiento en 43%(13) están presentes y en 57%(17) ausente. Los resultados les permitieron concluir que: Las estrategias de afrontamiento están presentes en la mitad de la población y ausentes en la otra mitad.

Las estrategias de mayor uso en los pacientes fueron las centradas en el problema referida a concentrar sus fuerzas a seguir su tratamiento y las de menor uso fueron las centradas en la emoción que está dada por aprender algo de estar enfermo.

Negrete A. (2013) (2), realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, en el Centro de Salud Micaela Bastidas. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformado por el total de pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar, inscritos en el programa y los nuevos que ingresaban en un promedio de 5 mensual y la muestra fue el 100%. Se utilizó como técnica una encuesta y como instrumento la escala de Likert Modificada validado por 9 jueces de experto para la recolección de datos y un test de autoestima. Se reportó los siguientes resultados: el 40% tenían una actitud medianamente favorable respecto a su tratamiento, el 34% alcanzo el nivel alto de autoestima. De acuerdo a la edad de los pacientes el mayor porcentaje presentan actitudes medianamente favorables y un nivel de autoestima media alta, son los adultos de 20 -29 años. La correlación entre autoestima y el nivel de actitud tenía significancia estadística mediante el estadístico de correlación r- Pearson.

Otro estudio realizado por Suarez R y Zapata I. (2015) (35), en Lima, tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de

agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán. La investigación fue básica, de campo, descriptiva de diseño correlacional y transversal; la muestra estuvo conformada por 68 pacientes con tuberculosis pulmonar. Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron la escala de autoestima de Rosemberg y la escala de apreciación de la agencia de autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency Scale) de Isenberg y Evers. Se reportó los siguientes resultados: El 55.9% de la muestra tiene un nivel de autoestima medio, seguido del 25.0% con nivel bajo y 19.1% con nivel alto. Existe relación significativa entre la variables autoestima y agencia de autocuidado ($r=0.261$, $P=0.031$), en cuanto a la relación entre la autoestima y las dimensiones de la agencia de autocuidado, se encontró relación directa y significativa con la dimensión interacción social ($r=0.299$, $P=0.013$); sin embargo, no se encontró relación significativa con las dimensiones de bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, y promoción del funcionamiento y desarrollo personal. El estudio concluyó que: existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”.

Un estudio realizado por **Espinoza S, Olivera J.** (2014) (36), con el objetivo general conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud El Progreso Chimbote en una población de 30 pacientes con tuberculosis (TB), para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Escala de valoración de autoestima, Cuestionario de Apoyo Social, Ficha de control sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso. Se reportó los siguientes resultados: Los resultados reportados fueron: El 56,7% de los pacientes tienen autoestima media, 40% autoestima alta y el 3,3% autoestima baja. El 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($X^2 = 11,4319$; gl. 2; $p= 0,0221$); Se concluyó que existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el

cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($X^2 = 17,7265$; gl. 2; $p = 0,0013$).

Yaurivilca D, Valverde F. (2018), realizaron un estudio con el objetivo de, determinar la diferencia que existe en el nivel de autoestima de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis en los Centros de Salud Juan Pérez Carranza - Barrios Altos y El Porvenir - La Victoria. El estudio fue no experimental, descriptivo comparativo simple de corte transversal, prospectivo; la población estuvo constituida por 240 pacientes. Se aplicó un: test de autoestima con la finalidad de evaluar el nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis. Los resultados evidenciaron que: El 70.4% presentó nivel medio el nivel de autoestima en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza y en el centro de Salud El Porvenir 86.4% es medio y según dimensiones ambos Centros de Salud presentan un nivel medio de autoestima. Reflejándose 16% en total de pacientes encuestados; con este resultado cabe indicar que el paciente del programa de tuberculosis no se encuentra en un buen nivel de autoestima para sumir la enfermedad. Conclusión: no existe una diferencia significativa en ambos centros de salud (37).

A Nivel Regional y Local

Ccapa Y. (2014) (38), en Juliaca Puno, realizó un estudio con el objetivo de determinar el autocuidado que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana Juliaca. Fue un estudio descriptivo transversal, con diseño descriptivo simple; donde la población y muestra estuvo constituida por 23 pacientes con tratamiento antituberculoso. Se utilizó la técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. Los resultados reportados evidencian que: El autocuidado en los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería de la Microred Santa Adriana es mayoritariamente adecuados en cuanto al descanso y sueño, practica de conductas de riesgo, cuidado emocional, y cuidado social. Segundo: El autocuidado respecto a la alimentación, la mayoría son inadecuadas; el autocuidado respecto a las medidas higiénicas, la mayoría son inadecuadas, pues los pacientes no tienen el hábito de lavado de manos y no se cubre la boca y nariz de forma adecuada

después de toser y estornudar. El autocuidado respecto al apoyo emocional, la mayoría tiene medidas de autocuidado adecuadas, pues no sienten rechazo de su entorno; con respecto al apoyo social; la mayoría tiene un autocuidado adecuado, y en relación al apoyo espiritual la mayoría tiene un autocuidado inadecuado, pues los pacientes no asisten con regularidad a la iglesia, y no buscan la armonía con Dios y su persona.

2.3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existe relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

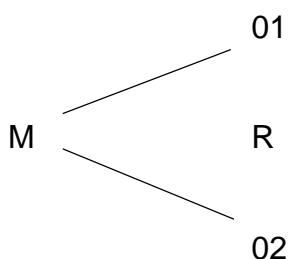
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación:

El estudio fue de tipo correlacional. Este tipo de estudios tuvo como propósito conocer la relación que exista entre dos o más variables en un contexto en particular (39).

Diseño de Investigación:

Al presente estudio corresponde el diseño transversal, porque se buscó el grado de relación entre el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento del paciente.



Donde:

M = Muestra.

O₁ = Nivel de autoestima

O₂ = Estrategias de afrontamiento

r = Relación de las variables de estudio.

3.2. UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Excelencia (CENEX) para la atención del paciente de tuberculosis en el Hospital Carlos Monge Medrano, que se encuentra ubicado en la ciudad de Juliaca, distrito del mismo nombre, provincia de San Román y departamento de Puno.

El CENEX es un pabellón que se encuentra en la primera planta al lado izquierdo de la zona de ingreso al hospital. Cuenta con 3 ambientes de hospitalización dos consultorios (Neumología y enfermería), tópico y un ambiente de laboratorio. El consultorio donde asisten los pacientes para su tratamiento se atiende de lunes a viernes en un horario de 8 am a 1 pm.

Los pacientes con tuberculosis proceden de diferentes ámbitos para recibir el tratamiento supervisado. Sus edades oscilan entre 20 a 71 años de edad, con predominio de sexo masculino y procedente de Juliaca, Sandia, Cuzco, San Pedro de Putina, Puerto Maldonado, Huancané y Azángaro.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 25 pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+) inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca y que vienen recibiendo tratamiento ambulatorio.

3.3.2. Muestra

Es de tipo censal, por tanto se consideró como muestra al total de la población de pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+) inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Carlos Monje Medrano de Juliaca

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

▪ Criterios de Inclusión:

- Pacientes con tuberculosis Pulmonar BK (+)
- Pacientes que vienen recibiendo tratamiento antituberculoso

▪ Criterios de Exclusión:

- Pacientes hospitalizados

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

3.4.1. Variables

- **Variable independiente:**
 - Estrategia de afrontamiento

- **Variable dependiente:**
 - Autoestima

3.4.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: Estrategia de afrontamiento	Tipos de estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autodistracción (1,19) ▪ Aprontamiento activo (2,7) ▪ Negación (3,8) ▪ Uso de sustancias (4,11) ▪ Apoyo emocional (5,15) ▪ Apoyo instrumental (10,23) ▪ Abandono de resolución (6,16) ▪ Descarga emocional (9,21) ▪ Reformulación positiva (12,17) ▪ Planificación (14,25) ▪ Humor (18,28) ▪ Aceptación (20,24) ▪ Religión (22,27) ▪ Autocrítica (13,26) 	Afrontamiento pasivo (28 a 56 puntos) Afrontamiento activo (57 a 84 puntos)
VARIABLE DEPENDIENTE Autoestima	Nivel de autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se considera una persona diferente en relación a los demás, desde su enfermedad ▪ Siente que tiene más virtudes que defectos ▪ Le gusta reunirse con otras personas ▪ Frecuentemente prefiere estar solo y sola ▪ Se siente con ánimo para realizar sus actividades normales ▪ Siente que sus amigos se han alejado desde que está enfermo o enferma ▪ Trata de mantener el mismo estilo de vida a pesar de su enfermedad ▪ Se siente rechazado por la sociedad desde que está enfermo o enferma ▪ 	Autoestima baja (18 a 30 puntos) Autoestima media (31 a 42 puntos) Autoestima alta (33 a 54 puntos)

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siente que lo valoran como persona en todo momento ▪ Tiene Ud. Una actitud positiva hacia sí mismo o misma ▪ Le importa poco su presentación o aspecto personal ▪ Se considera una persona luchadora desde que contrajo la enfermedad ▪ Se inclina a pensar que es un fracaso ▪ Cuando se mira al espejo se siente desilusionado (a) por sus cambios físicos ▪ Se siente que no tiene de que estar orgulloso ▪ Se siente satisfecho (a) consigo mismo (a) por lo que, hasta ahora ▪ A veces se siente inútil ▪ 18. Se siente capaz de hacer las cosas también como las demás. 	
--	--	--	--

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta para obtener datos sobre estrategias de afrontamiento y nivel de autoestima

3.5.2. Instrumentos

- **Escala de Valoración del Nivel de Autoestima:**

Este instrumento fue elaborado por Rosemberg (1965), modificado, validado y aplicado por Manrique y Maza (2005) y en el año 2014 fue aplicado a pacientes con tuberculosis por Espinoza S, Olivera J. en el Centro de Salud de Progreso-Chimbote Perú (36). Este instrumento consta de 18 ítems, y se considera válido para ser utilizado en el presente estudio.

▪ **Cuestionario Brief COPE Inventory (versión en español)**

El cuestionario Brief Cope, versión abreviada de la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (COPE) creado en 1989 por Carver. El Brief Cope (1997), validado en el año 2014, fue utilizado en la Estrategias Sanitaria Nacional del Programa de Control de Tuberculosis (ESN – PCT) del Centro de Salud «Santa Rosa» de San Juan de Lurigancho en el periodo diciembre 2013 – enero 2014 (6), porque se considera válido para ser utilizado en el estudio.

3.5.3. Validación del instrumento

Los instrumentos fueron llevados a juicio de expertos (tres), los que permitieron modificar algunos ítems en términos más comprensibles para los pacientes con tuberculosis estos fueron sometidos a la prueba de Alfa Crombach el resultado determina que el instrumento tiene alta fiabilidad ($p=0.936$), porque el valor es mayor a 0,8.

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Los pacientes fueron captados en el programa de Control de Tuberculosis del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión
- Se solicitó el consentimiento informado al paciente.
- Se aplicaron los instrumentos a medida que los pacientes asistan a recibir el tratamiento supervisado en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca
- Los resultados que se obtengan fueron sistematizados para el informe correspondiente

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

▪ **Plan de tabulación**

- Elaboración y presentación de cuadros de información porcentual de los datos estadísticos y la elaboración de cuadros unidimensionales y bidimensionales.

- Interpretación de los cuadros.
- **Plan de análisis de datos:**
 - Organización y consistencia de información obtenida.
 - Plasmación de la información en una base de datos.
 - Se construirá una matriz de datos, en el programa Excel.
 - Se aplicará medidas de tendencia central y dispersión, así como propias de estudios observacionales descriptivos con variables cualitativas: distribución de frecuencias, razones, proporciones y descriptivos con variables cuantitativas: medidas de tendencia central y de dispersión.
 - Para contrastar la hipótesis se aplicó la prueba Chi Cuadrado, en el siguiente orden
- **Hipótesis Estadística:**
 - **Ha** = Existe relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017.
 - **Ho** = No existe relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017.
- **Prueba de hipótesis**

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba estadística Chi Cuadrado.

Estadístico de prueba:

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

O_{ij}: Es el número observado de casos clasificados en la fila *i* de la columna *j*.

E_{ij}: Es el número de casos esperados conforme a H₀ que clasificarán en la fila *i* de la columna *j*, siendo:

$$E_{ij} = \frac{\text{total fila } i * \text{total columna } j}{\text{tamaño de muestra}}$$

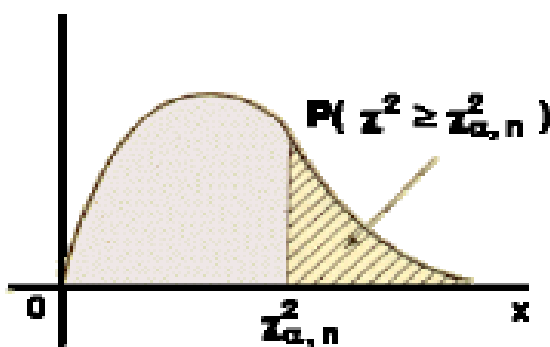
Grados de libertad: (k-1)*(m-1)

k = Numero de filas.

m = Numero de columnas.

Región crítica: Para $\alpha = 0.05$

Regla de decisión



Conclusión: Puesto que $\chi_c^2 > \chi_T^2$ se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alterna (H_A) $\alpha = 0.05$

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1

NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA

AUTOESTIMA	Nº	%
BAJA	9	36,0
MEDIA	15	60,0
ALTA	1	4,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Escala de Valoración del nivel de Autoestima

En la presente tabla se muestra los resultados sobre la autoestima de los pacientes con tuberculosis, donde se observa que el 60% de los pacientes presentan autoestima media, el 36% autoestima baja y el 4% autoestima alta. Estos resultados nos demuestran que la mayoría de los pacientes que cursan enfermedad tuberculosa tienen autoestima media, más de la tercera parte de los pacientes poseen autoestima baja y es mínima la proporción de pacientes con autoestima alta.

Los resultados obtenidos demuestran que los pacientes en estudio poseen en su mayoría autoestima media a baja, situación que los predispone a presentar limitaciones para enfrentar el proceso de la enfermedad.

TABLA 2

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	Nº	%
PASIVO	11	44,0
ACTIVO	14	56,0
TOTAL	25	100,0

Fuente: Cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español

Los resultados de la presente tabla muestran resultados de la estrategia de afrontamiento de los pacientes con tuberculosis, donde se muestra que el 56% de los pacientes muestran afrontamiento activo y el 44,0% afrontamiento pasivo.

Los hallazgos demuestran que la mayoría de los pacientes practican el afrontamiento activo y un buen porcentaje el afrontamiento pasivo.

TABLA 3

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK (+), HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2017

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	AUTOESTIMA						TOTAL	
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PASIVO	9	36,0	2	8,0	0	,0	11	44,0
ACTIVO	0	,0	13	52,0	1	4,0	14	56,0
TOTAL	9	36,0	15	60,0	1	4,0	25	100,0

Fuente: Escala de Valoración del nivel de Autoestima y cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español

Prueba de Hipótesis:

$$X^2c = 17,965 > X^2t = 5,991 \quad GL = 2 \quad \alpha = 0,05 \quad p= 0,000 \text{ (significativo)}$$

Los resultados de la presente tabla muestra la relación entre la autoestima y estrategias de afrontamiento; donde se observa que el 52% de pacientes que afrontan a la enfermedad en forma activa poseen autoestima media; sin embargo el 36% de pacientes que afrontan a la enfermedad en forma pasiva poseen autoestima baja.

Estadísticamente, según los resultados de la Prueba Chi Cuadrado se ha obtenido $X^2c = 17,965 > X^2t = 5,991$, para 2 grados de libertad y un $\alpha = 0,05$ y una $p= 0,000$; por tanto, existe relación significativa entre la estrategia de afrontamiento y la autoestima; dando lugar a aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula.

Estos resultados demuestran que las estrategias de afrontamiento que asume el paciente tiene relación con la autoestima, como se demuestra estadísticamente; determinando que una baja autoestima va paralelo a una estrategia de afrontamiento pasivo, aunque esto mejora a medida que aumenta la autoestima.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sobre la autoestima nos demuestran que la mayoría de los pacientes que cursan enfermedad tuberculosa tienen autoestima media, más de la tercera parte de los pacientes poseen autoestima baja y es mínima la proporción de pacientes con autoestima alta.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos (10). Contrastando con los resultados, la autoestima media a baja que tienen la mayoría de los pacientes, significa que no se tiene ese sentimiento positivo de sí mismos; ya que una

autoestima media es fluctuar entre sentirse apto e Inútil, acertado y equivocado como persona (11), que los lleva generalmente a actuar algunas veces con sensatez y en otras veces con inseguridad para enfrentar el problema de la salud. Esta situación ocurre con frecuencia en el paciente con tuberculosis, cuando se manifiesta o expresa que saldrá delante de su enfermedad y se curará, pero en momentos se siente que va morir y constantemente se desvaloriza, manifestando que no sirve para nada. Pérez (14). Al respecto menciona que, la adquisición de una enfermedad más o menos grave supone ante todo, una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo, contra su vida normal. Además, el malestar incluye no sólo las propias dolencias somáticas sino también el malestar psicológico; es decir, una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad; teoría concordante con los resultados obtenidos.

La autoestima baja en más de la tercera parte de los pacientes, significa que los pacientes presentan un sentimiento de inutilidad para enfrentar a la enfermedad; Como se observa en los servicios de salud al paciente con tuberculosis, padecer sentimientos de Inutilidad, Inseguridad, dudas sobre si mismas, culpa y miedo a participar plenamente en la vida, una vaga sensación de que "lo que soy no es suficiente" (11); esta situación muchas veces crea una situación negativa en el proceso del tratamiento; de ello, podemos mencionar que algunos pacientes no acuden a recibir el tratamiento, se muestran negativos y muchas veces por la inseguridad que poseen no reciben ayuda del personal de salud y buscan ayuda en otros lugares no garantizados para la curación de esta enfermedad, más aun cuando tienen que permanecer 4 meses de tratamiento, con supervisión permanente. Así mismo, como lo refiere Pérez (14), la enfermedad de la tuberculosis crea una ansiedad, es decir, una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad.

Los resultados obtenidos tienen similitud con el estudio de Negrete (2), porque reportó autoestima media 66,0% en pacientes con tuberculosis del centro de Salud Micaela Bastidas de Lima; Suarez y Zapata 55,9% autoestima media así como el estudio de Espinoza y Oliveira (36), que encontró que el 56,7%

autoestima media; sin embargo difiere con los hallazgos sobre la autoestima baja que solo se encontró en el 3,3% de los pacientes; a diferencia en nuestro estudio se presenta en el 36,0%.

Las estrategias de afrontamiento, definida por Carver en 1989, señala que los sujetos redoblen sus esfuerzos y que de a poco trata de resolver el problema, iniciando acciones directas e incrementando sus propios esfuerzos para eliminar o reducir el estresor, en este caso la presencia de la enfermedad. Es por ello, que el solo hecho de afrontar es indicativo de una conducta activa, que se asocia al afrontamiento centrado en la solución del problema ya que favorece a la adaptación positiva del paciente, a su condición médica y optimiza la adhesión al tratamiento, dando a entender que los pacientes ejecutan lo recomendado por los profesionales de la salud que los atienden. De ahí que podemos observar que muchos pacientes completan con el tratamiento, reciben y cumplen con las orientaciones que el personal de enfermería imparte durante el proceso.

En los resultados sobre las estrategias de afrontamiento se evidencian que un poco más de la mitad de los pacientes presentan afrontamiento positivo, dado que la mayoría de los pacientes son más positivos, hacen esfuerzos propios, buscan distracción y apoyo emocional con la finalidad de intentar y mejorar el problema de la enfermedad (Anexo 5); mientras un poco menos de la mitad de los pacientes tienen un comportamiento pasivo hacia la enfermedad, de ahí que la mayoría consume sustancias alcohólicas u otras para ayudarse a soportar la enfermedad, ya que niegan la realidad, no hacen esfuerzo alguno para enfrentar a la enfermedad, más al contrario se autoculpan por estar enfermos; e incluso se aferran a la religión (Anexo 5). Este tipo de comportamiento en especial el afrontamiento pasivo nos indica que los pacientes no están asumiendo con responsabilidad su tratamiento, como se ha observado durante la recolección de datos, algunos pacientes no llegan a la hora a recibir el tratamiento, otros se ausentan, o no cumplen con las indicaciones que reciben en el servicio, por ejemplo los cuidados que deben tener durante la fase de tratamiento.

Los pacientes que muestran afrontamiento pasivo/evitativo, es preocupante, porque cerca de la mitad de la población en estudio mantiene este tipo de estrategia. Ávila, Montaña, Jiménez y Burgos señalan que el afrontamiento pasivo se correlaciona con bajo nivel de bienestar constituyendo factores de riesgo para la salud. Los sujetos con bajo bienestar tienden a utilizar estrategias de afrontamiento del tipo pasivo/evitativo ya que no requieren de empeño por parte del sujeto, sino una evitación del problema y el alivio de la tensión (22), indudablemente esta estrategia de afrontamiento puede contribuir al abandono del tratamiento o empeoramiento del estado de salud, cuando el paciente no asume conductas de autocuidado de la salud, impidiendo así que se logre el propósito de garantizar sobre todo la adherencia al tratamiento; así como lo refiere la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), al señalar que el afrontamiento como procesos cognitivos y conductuales capacita al sujeto a manejar sus problemas o agentes estresantes actuales o futuros (16),

Los hallazgos del estudio presentan diferencia, con el estudio de Bellto de la Cruz en San Juan de Lurigancho Lima, el 86,6% de los pacientes con tuberculosis utilizan el afrontamiento activo, en nuestro estudio el 56,0%, mientras con el estudio de Pillaca que realizó también con tuberculosis encontró afrontamiento activo solo en el 43%; con ello podemos inferir que las diferencias encontradas se deben posiblemente a la atención que recibe el paciente y algunos factores que pueden incidir en esta diferencia, por ejemplo en Juliaca en el centro de Salud Santa Adriana Juliaca la mayoría de los pacientes asumen su autocuidado adecuadamente, dando a comprender que vienen aplicando estrategias activas para enfrentar a la enfermedad.

En consecuencia se infiere en nuestro medio, la mayoría de pacientes, a pesar del importante desajuste que sufren, dejan de hacer otras actividades para concentrarse en su enfermedad, lo cual repercute en la adopción de conductas saludables contribuyendo al proceso de adaptación y recuperación del paciente; porque el objetivo de las estrategias de afrontamiento brinda capacidad a los sujetos a enfrentar a elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos o sucesos vitales estresantes, en este caso a la tuberculosis..

Los resultados respecto a la relación entre la autoestima y estrategias de afrontamiento; demuestran que el paciente con autoestima media afronta su enfermedad en forma activa mientras el paciente con autoestima baja presenta afrontamiento pasivo; determinando que una baja autoestima va paralelo a una estrategia de afrontamiento pasivo, aunque esto mejora a medida que aumenta la autoestima.

Sowislo y Orth, al respecto nos dice, que los sujetos con niveles más bajos de autoestima son más sensibles a las críticas de otros y se preocupan con la forma con que los otros lo ven y lo juzgan, evitando así, exponerse en demasía y proteger su autoestima. Como consecuencia, pueden sentirse solitarios, tristes, tímidos, incapaces de realizar sus tareas y de obtener placer por cosas que antes le causaban placer; lo que puede llevarlos a una percepción negativa de su propio valor, condición que puede elevar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos (40). Además, otro factor que deteriora la autoestima es el impacto de recibir un diagnóstico positivo de tuberculosis, la que se manifiesta como una amenaza y constituye un evento estresante que no solo depende del diagnóstico, sino que existen otras variables sobre la enfermedad y los tratamientos que se tendrán (8). La tuberculosis altera significativamente el funcionamiento individual y se relaciona a un conjunto de atributos o juicios sociales mayormente desacreditantes, llamados estigmas (9), que fomentan actitudes discriminatorias y repercuten ostensiblemente las interacciones y roles de la persona que la padece, con todos estos hechos los pacientes ostentan desde el primer momento una autoestima baja, indudablemente esta situación disminuye la capacidad de afrontamiento; de ahí que podemos observar en los resultados un buen porcentaje de pacientes con afrontamiento pasivo.

A esta afirmación corrobora Krzemien, Monchietti y Urquijo, al señalar que el afrontamiento es una respuesta de los individuos ante la situación de crisis, como aspecto psicológico en la enfermedad y, por el otro, la importancia de la participación del paciente en su proceso terapéutico (19).

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** De un total de 25 pacientes con tuberculosis BK (+) la mayoría presenta autoestima media, más de la tercera parte autoestima baja y en mínima proporción presenta autoestima alta, porque esta enfermedad altera significativamente el funcionamiento individual y por el estigma social.
- SEGUNDA:** Sobre las estrategias de afrontamiento, la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), asumen afrontamiento activo; sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes asumen el afrontamiento pasivo.
- TERCERA:** El nivel de autoestima tiene relación significativa ($p=0,000$) con las estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, se sugiere organizar eventos de capacitación para los profesionales que laboran en la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa de Control de Tuberculosis, para mejorar las habilidades educativas del profesional a cargo de los pacientes con tuberculosis.
2. Al equipo que labora en la Estrategia Sanitaria Nacional del Programa de Control de Tuberculosis se sugiere programar talleres dirigidos a mejorar la autoestima del paciente, con la finalidad de incrementar las estrategias de afrontamiento al proceso de la enfermedad.
3. Al profesional de enfermería, se sugiere reforzar las medidas educativas y consejería de enfermería tendiente a incrementar la autoestima y la capacidad de afrontamiento activo al proceso de la enfermedad tuberculosa.
4. A los profesionales de enfermería del Consultorio de Centro de Excelencia (CENEX) se sugiere ampliar el horario de atención para el tratamiento supervisado, y que los pacientes tengan la oportunidad de cumplir con el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega O.M, Gonzales D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob Murcia*. 2009; 16(1).
2. Negrete A. Autoestima y actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el centro de salud. [Online].; 2013. Acceso 9 de Octubre de 2017. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/281>.
3. Ministerio de Salud. La salud mental como predictor a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.. *Lecturas seleccionadas*. Lima: Dirección de Salud Mental, Dirección General de Salud de las Personas..
4. Fernández Y, Figueroa SH. Análisi de tendencias de casos de tuberculosis durante los ultimos 5 años en la provincia de Guayas. Tesis de grado. Gauyas: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas.
5. Vértiz E. Estigmatización de la tuberculosis pulmonar: Impactos en la reestructuración de los entornos socialers en el cerro San cosme, Lima. Tesis Maestría. Lima: Pontifice Universidad Catolica del Perú, Escuela de Graduados.
6. Bello de la Cruz H, Fernández V, Sanchez S. Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Rev enferm Herediana*. 2014; 7(2).
7. Pillaca H. Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber. [Online].; 2013. Acceso 10 de Octubre de 2017. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_14d0510b85d7c179d56448681fc3052f/Description#tabnav.
8. Ministerio de salud. Red de salud San Román. Estrategia Sanitaria Nacional de Yuberculosis. Puno: DIRESA.
9. Ortega P, Minguez R, Rides ML. Autoestima un nuevo concepto y su medida. [Online].; 2001..
10. Liderazo y mercadeo. Autoestima. [Online].Acceso 5 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.dcne.ugto.mx/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>.
11. Branden N. Cómo mejorar su autoestima. [Online].Acceso Mayo de 4 de 2018. Disponible en: <http://www.ttmib.org/documentos/Branden-Autoestima.pdf>.

12. Mruk C. Auto-Estima. Investigación, teoría y práctica. En: Ortega P, Minguez R, Rodes M.L. Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. [Online].; 2001. Acceso 5 de Mayo de 2018. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71882/1/Autoestima_un_nuevo_conceptoysu_medida.pdf.
13. Rosenberg M. En: Ortega P, Minguez R, Rodes M.L. Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. [Online].; 2001. Acceso 5 de Mayo de 2018. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71882/1/Autoestima_un_nuevo_conceptoysu_medida.pdf.
14. Pérez M. Promoción de la salud y apoyo Psicológico al paciente. En: Salud Mental como predictor de adherencia al tratamiento de tuberculosis. Segunda ed. PCT ETdIE, editor. Lima Perú: Minsietrio de Salud ; 2008.
15. Alva C. Psicología de Las Emociones y Actitudes Mexico: Alfaomega ; 2003.
16. Felipe E. Estrategias de afrontamiento del estrés y conducta interpersonal. International Journal of Psychology Therapy. 2010; 10(2).
17. Oldham J, Skosol A, Bender D. Tratado de los trastornos de la personalidad. Primera ed. España: Elsvirt Doyma; 2007.
18. Musayán F, Loncharich N, Salazar M. El rol de la enfermería en el control de la Tuberculosis: Una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermagen. 2010; 18(1).
19. Krzemien D, Monchietti A, Urquizo S. Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de auto distracción. Revista Interdisciplinaria. 2005; 22(2): p. 183-210.
20. Krzemien D. Estilo de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento. Revista Anales de Psiquiatria. 2005; 21(4).
21. Vasquez C, Crespo M, Ring J. Capítulo 31: Estrategias de Afrontamiento. [Online]. Acceso 12 de Noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>.
22. Ávila A, Montaña G, Jimenez D, Burgos J. Estilos y estrategias de afrontamiento y rendimiento académico: una revisión empírica. Enfoques. 2014; 1(1): p. 15-44.
23. Moran C, Landero R, González M. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Universitas Psychologica. 2010; 9(2): p. 543-552.

24. Ross. The sense of self. En: Ortega P, Minguez R, Rodes M.L. Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. [Online].; 2001. Acceso 5 de Mayo de 2018. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71882/1/Autoestima_un_nuevo_conceptoysu_medida.pdf.
25. Carver C. ou want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997; 4: p. 92-100.
26. Crespo M, Cruzado J. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta.* 1997; 23(92): p. 797-830.
27. Ministerio de Protección Social. Guía de Atención Integral de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Guía. Colombia.
28. Ministerrio de Salud. Control de infección Tuberculosa en Trabajadores de Salud Lima: Estrategia Sanitaria Nacional de Programa de Control de Tuberculosis.
29. De Souza J, Bertolozzi M. La Vulnerabilidad a la tuberculosis en trabajadores de Enfermería dentro de un Hospital Universitario. *Rev Latino-am Enfermegen.* 2011; 5(2).
30. Guidelines for preventing the transmisión of mycobacterium tuberculosis in health care settings. *Morbidity and mortality weekly report.* 2005; 54(17).
31. Ministerio de Salud Política, Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Guía. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
32. Alcalde J, Altet M, Salleras L. Vacuna BCG. En: Masson, editor. Vacunaciones preventivas. En: Masson, editor. Vacunaciones preventivas, Principios y aplicaciones Elsevier , editor. Barcelona: Segunda; 2003.
33. Pehlivanoglu K, Sengoz G, Kart k. Tuberculous Meningitis in Adults: A Review of 160 Cases. *The Scientific World Journal...* 2012; 1(2).
34. Vargas R, Bayona M, Alfonzo L. Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children en: Tuberculosis: una enfermedad de ayer, de hoy y del futuro. *Medicina.* 2013; 35(3).
35. Suarez R, Zapata I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del. *Revista Científica de Ciencias de la Salud.* 2015; 8(2).
36. Espinoza S, Olivera J. Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculosos en el paciente con tuberculosis del centro de salud progreso, Chimbote. Tesis de grado. Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Chimbote.

37. Yaurivilca D, Valverde F. Nivel de autoestima de los pacientes del programa de control de tuberculosis en los centros de salud Juan Pérez Carranza - barrios altos y el porvenir - la Victoria, 2015. Tesis grado. Lima Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Facultad de Ciencias de la salud.
38. Ccapa Y. autocuidado que tienen los pacientes con tratamiento antituberculoso asistentes al servicio de enfermería, Microred Santa Adriana. Puno: Universida Naacional del Altiplano , Escuela profesional de Enfermería.
39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de Investigación Científica C.V ESAD, editor. Mexico: Mc Graw-Hill; 2006.
40. Sowisto J, Orth U. ¿La baja autoestima predice depresión y ansiedad? Un metaanálisis de estudios longitudinales. Psychol Bull. 2013; 139(1): p. 213-40.
41. Vargas S, Herrera G, Rodriguez L, Sepulveda GJ. Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2010; 12(1).

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO
RELACION ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES TUBERCULOSIS PULMONAR, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2017	¿Cuál es la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017?	Existe relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+), Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017.	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2017. OBJETIVOS ESPECÍFICOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el nivel de autoestima en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca ▪ Evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 	Variable dependiente : -Autoestima Variable independiente te: -Estrategia de afrontamiento	DE TIPO: Correlacional DISEÑO: Transversal	POBLACIÓN: 25 pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+) inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca MUESTRA: Es de tipo censal, por tanto se consideró como muestra al total de la población de pacientes con tuberculosis pulmonar BK (+) inscritos en el Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca	TÉCNICA: La encuesta INSTRUMENTO S: Cuestionarios: <input type="checkbox"/> Escala de Valoración del Nivel de Autoestima <input type="checkbox"/> Cuestionario Brief COPE Inventory (versión en español)

A. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**ANEXO 2****ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA**

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

S: Siempre AV: Algunas veces N: Nunca

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

Fuente: Aplicado por Espinoza S, Olivera J. Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculosos en el paciente con tuberculosis del centro de salud progreso, Chimbote. Tesis de grado. Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Chimbote año 2015. (Válido para el estudio)

ANEXO 3

**CUESTIONARIO BRIEF COPE
INVENTORY EN VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA
EVALUAR ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

DATOS GENERALES:

EDAD _____ Sexo M () F ()

Procedencia _____ Grado de instrucción _____

Estado civil _____

INSTRUCCIONES: Sr. Sra. A continuación le presentamos una serie de proposiciones, para que Ud. Responda con sinceridad cuan identificados esta Ud. Identificado con cada una de las proposiciones marcando con una x, tomando en cuenta la siguiente escala.

ITEMS	DE ACUERDO	INDECISO	NO ESTOY DE ACUERDO
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando 2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación 3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí 4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor 5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien 6. Me doy por vencido (a) o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo 7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación 8. Me niego a creer lo que me está pasando 9. Digo lo que siento y expreso mis			

... van

<p>sentimientos o mi disgusto por alguna situación</p> <p>10. Busco ayuda y consejo de otras personas</p> <p>11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor</p> <p>12. Trato de ser positivo (a) y aprender de las situaciones difíciles</p> <p>13. Me critico a mí mismo (a) ahora más que antes del diagnóstico</p> <p>14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación</p> <p>15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona</p> <p>16. Admito que no puedo con la situación de tuberculosis y dejo de enfrentarla</p> <p>17. Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo</p> <p>18. Hago bromas sobre lo que me pasa</p> <p>19. Hago algo para pensar menos en mi situación</p> <p>20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir</p> <p>21. Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento</p> <p>22. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual</p> <p>23. Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo</p> <p>24. Aprendo a vivir con el diagnóstico de la tuberculosis y sus tratamientos</p> <p>25. Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación</p> <p>26. Me culpo a mí mismo (a) por lo que me pasa</p> <p>27. Rezo, oro o medito</p> <p>28. Tomo la situación difícil con humor</p>			
---	--	--	--

Fuente: Vargas S, Herrera G, Rodríguez L, Sepúlveda G. Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 7-24 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. 2010. Adaptado para el estudio.

ANEXO 4

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

**APRECIACIÓN DEL INSTRUMENTO
(Juicio de expertos)**

Nº	CRITERIOS	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		(1) SI	(0) NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema			
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar			
3	El instrumento responde a la operacionalización de las variables			
4	La estructura que presenta el instrumento es secuencial			
5	Los términos utilizados son comprensibles			
6	El lenguaje utilizado se adecua a la población de estudio			
7	El número de ítems es adecuado			
8	Se debe incrementar el número de ítems (que y cuantos)			
9	Se debe eliminar el número de ítems (cuales)			
10	Guarda correspondencia cada técnica con su respectivo instrumento.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

EL INSTRUMENTO ES VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Firma (Experto)

Nota: _____

ANEXO 5
MATRIZ DE DATOS

N°	EDAD	SEXO	ORIGEN	ESTADO	GI	AUTOESTIMA																		TOTAL				
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18					
1	22	F	JULIACA	OLTERA	SUI	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	2	2	3	2	2	1	2	2	3	39
2	33	M	SANDIA	OLTERC	SC	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	29
3	63	M	ACHAYA	SADC	PI	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	25
4	35	F	NAHUA	ANVIVIE	SC	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	35
5	22	M	JERTO	OLTERC	SUI	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	43
6	39	M	JULIACA	ANVIVIE	SC	1	3	2	2	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	38
7	33	M	JULIACA	ANVIVIE	PC	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	1	3	39
8	25	F	CUSCO	OLTERA	SUI	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	40
9	20	M	JULIACA	OLTERC	SUI	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	28
10	22	M	JULIACA	OLTERC	SUI	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	39
11	63	M	SANDIA	EPARAD	SI	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	24
12	63	M	JANCA	SADC	SI	1	2	3	1	2	1	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	40
13	50	M	JULIACA	ANVIVIE	PC	2	2	2	1	3	3	1	2	1	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	38
14	21	M	JULIACA	OLTERC	SUI	1	2	3	3	3	2	3	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	39
15	23	M	JULIACA	OLTERC	SC	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	27
16	54	M	BANILL	VIUDO	PC	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	24
17	46	M	JULIACA	ANVIVIE	SC	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	41
18	23	F	JULIACA	OLTERA	SUI	2	3	2	2	3	1	3	1	3	2	3	1	3	2	3	2	3	1	2	3	3	3	39
19	71	F	CHUPA	VIUDA	PC	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	23
20	39	F	JULIACA	ANVIVIE	SI	1	3	3	1	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39
21	27	M	MOHO	OLTERC	SC	2	3	3	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	39
22	48	M	JULIACA	EPARAD	SI	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	23
23	54	M	MELGAR	ANVIVIE	PI	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	41
24	25	M	JULIACA	ANVIVIE	SC	2	3	3	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	41
25	25	M	SAN PEDRO	OLTERC	SI	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	28

ANEXO 6
MATRIZ DE DATOS

AFRONTAMIENTO																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL		
3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	1	3	2	2	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	65	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	32	
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	31	
3	3	1	1	3	2	3	3	1	3	3	1	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	53	
3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	69	
3	3	1	1	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	68	
3	3	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	67	
3	3	2	1	3	2	3	1	3	3	1	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	68
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	31	
3	2	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	1	3	2	3	2	1	3	67	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	
3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	1	70	
3	2	1	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	72	
3	3	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	72	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	30	
1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31	
2	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	2	1	2	1	3	3	3	1	2	3	3	2	1	2	1	2	53
3	3	1	1	2	1	3	2	3	3	1	3	2	1	3	1	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	65	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	32	
3	3	3	1	3	1	3	1	1	1	1	3	1	3	3	1	3	1	3	3	3	1	3	3	2	1	3	1	3	59	
2	3	1	1	2	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	1	3	1	3	3	3	1	64	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	30	
3	1	3	1	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	1	66	
3	3	1	2	3	1	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	71	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	34	

ANEXO 7

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN DIMENSIONES

DIMENSIONES	Pasivo		Activo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AUTODISTRACCIÓN	10	40,0	15	60,0	25	100,0
AFRONTAMIENTO ACTIVO	10	40,0	15	60,0	25	100,0
NEGACIÓN	22	88,0	3	12,0	25	100,0
USO DE SUSTANCIAS	24	96,0	1	4,0	25	100,0
APOYO EMOCIONAL	10	40,0	15	60,0	25	100,0
RENUNCIA	22	88,0	3	12,0	25	100,0
DESCARGA EMOCIONAL	15	60,0	10	40,0	25	100,0
APOYO INSTRUMENTAL	14	56,0	11	44,0	25	100,0
REFORMULACIÓN POSITIVA	10	40,0	15	60,0	25	100,0
AUTOCULPA	16	64,0	9	36,0	25	100,0
PLANEAMIENTO	13	52,0	12	48,0	25	100,0
HUMOR	19	24,0	6	76,0	25	100,0
ACEPTACIÓN	9	36,0	16	64,0	25	100,0
RELIGIÓN	15	60,0	10	40,0	25	100,0

ANEXO 8

A. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,965 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,516	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,726	1	,000
N de casos válidos	25		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,44.

B. PRUEBA ALFA CROMBACH

JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	0	2
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	1	1	1	3
	0,177777778	0,177777778	0,233333333	

FÓRMULA DE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_T} \right)$$

RESULTADOS

K	3
$\sum V_i$	0,5889
Vt	1,5667

SECCIÓN 1	1,5
SECCIÓN 2	0,624
ABSOLUTO S2	0,6241

α	0,936
----------	--------------

INTERPRETACIÓN:

La opinión de los expertos presenta concordancia (0,936), porque los resultados fueron mayores a 0,8 lo que significa que el instrumento es altamente fiable.