UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARÍA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

JEAN FRANCOIS RIVERA ROQUE

PUCALLPA - PERÚ
2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 04 días del mes de MARZO del dos mil veintiuno, siendo las 12 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARÍA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019"**, elaborado por el Bachiller **JEAN FRANCOIS RIVERA ROQUE.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA	(Presidente)
M.C. GENARO RICHARD MELENDEZ OROSCO	(Miembro)
Dra. JOSEFA LOPEZ CÁRDENAS	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de DIECIOCHO (18). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 04 de MARZO del 2021.

M.C. Luis Alberto Vicente Yaya
Presidente del ~~Jurado Evaluador~~

M.C. Genaro Richard Meléndez Orosco
Miembro del Jurado Evaluador

Dra. Josefa López Cárdenas
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
M.C. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. GENARO RICHARD MELÉNDEZ OROSCO
Miembro del Jurado Evaluador

.....
DRA. JOSEFA LÓPEZ CARDENAS
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

.....
BACH. JEAN FRANCOIS RIVERA ROQUE
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/009-2020

La **Dirección General de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), Titulado:

"NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARÍA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019"

Cuyo autor (es) : **RIVERA ROQUE, JEAN FRANCOIS**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**
Escuela Profesional : **MEDICINA HUMANA**
Asesor : **Dr. Rafael Heredia, Arturo**
:

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 06%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 09/06/2020

Dra. DINA PARI QUISPE
Dirección General de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, JEAN FRANCOIS Rivera Roque
Autor de la TESIS titulada:
NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARÍA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019

Sustentada el año: 2021
Con la asesoría de: M. C ARTURO RAFAEL HEREDIA
En la Facultad de: MEDICINA HUMANA
Carrera Profesional de: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 04 / 03 / 2021

Email: jeanriveraroque14@gmail.com
Firma:
Teléfono: 921541179
DNI: 75068979

DEDICATORIA

A las dos personas especiales y más importantes que tengo en esta vida, ellos son mis padres, toda mi formación, mi educación, mi personalidad forjada en valores es fruto de la dedicación que ellos me otorgaron. Mis logros se los debo a ustedes y para mi es felicidad pura dedicárselos.

AGRADECIMIENTO

Principalmente agradezco a mis padres, ellos son el pilar principal en mi vida, quienes me acompañaron en esta larga travesía de formación y educación, inculcándome que en esta vida el esfuerzo que uno haga siempre será recompensado y que el tiempo dedicado brinda sus frutos.

Agradezco a mis familiares residentes de Pucallpa, los cuales me recibieron en su hogar durante todos estos años de estudio, su apoyo siempre fue de gran ayuda para mí, los llevaré siempre presente y ahora a un paso de cumplir un logro más, me propuse que siempre llevaré alegría y ayuda a cada uno de ustedes por cada momento hermoso que me brindaron.

A mi universidad, que frente a cada adversidad puesta, me sirvió para esforzarme y dedicarme más, así estar siempre a un paso más cerca de cumplir mis objetivos.

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

"NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARÍA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019".

1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública.

1.3. AUTOR

JEAN FRANCOIS RIVERA ROQUE
Bachiller de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

1.4. ASESOR

M.C. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU. Médico Ginecólogo.

1.5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

Ninguno.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA……vi
AGRADECIMIENTO……vii
PORTADA……viii
ÍNDICE……ix
ÍNDICE DE TABLAS……xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS……xii
RESUMEN……xiii
ABSTRACT……xiv
INTRODUCCIÓN……xv
CAPÍTULO I: PROBLEMA……1
1.1. Planteamiento del problema……1
1.2. Formulación del problema……6
1.3. Objetivo general y específicos……7
1.4. Justificación……8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO……10
2.1. Antecedentes……10
2.2. Bases teóricas……21
2.3. Hipótesis……30
2.4. Variables de estudio……31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN……32
3.1. Ámbito de estudio……32
3.2. Tipo de investigación……32
3.3. Nivel de Investigación……32
3.4. Método de Investigación……32
3.5. Diseño de investigación……32
3.6. Población, Muestra y Muestreo……32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos……35
3.8. Procedimiento de recolección de datos……37

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos…….....37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS……..39
4.1. Presentación de Resultados……..…….....39
4.2. Discusión…….....53
CONCLUSIONES…….....55
RECOMENDACIONES……...……56
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA…….……...……57
ANEXO...……..62

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis……	39
Tabla 2.	Factores sociodemográficos y nivel de adherencia al tratamiento……	41
Tabla 3.	Pruebas ji cuadrado que relaciona edad con la adherencia al tratamiento……..	43
Tabla 4.	Pruebas ji cuadrado que relaciona el sexo del paciente con la adherencia al tratamiento para la tuberculosis…….	44
Tabla 5.	Pruebas de ji cuadrado que relaciona el estado civil con la adherencia al tratamiento…….	45
Tabla 6.	Pruebas de ji cuadrado que relaciona el nivel educativo y la adherencia al tratamiento antituberculoso…….	46
Tabla 7.	Pruebas de ji cuadrado que relaciona el tiempo de tratamiento antituberculoso y la adherencia al tratamiento…….	47
Tabla 8.	Prueba de ji cuadrado que relaciona la ocupación con la adherencia al tratamiento…….	48
Tabla 9.	Nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019…….	49
Tabla 10.	Relación entre el nivel de autoestima más frecuente y la adherencia al tratamiento, en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019…….	50
Tabla 11.	Pruebas de ji cuadrado que relaciona el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento…….	51
Tabla 12.	Nivel de adherencia al tratamiento, en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019…….	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1.	Relación entre la edad y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis……..	43
Gráfico 2.	Relación entre el sexo y la adherencia al tratamiento…….	44
Gráfico 3.	Relación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis…….	45
Gráfico 4.	Relación entre el nivel educativo y la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis…….	46
Gráfico 5.	Relación entre el tiempo de tratamiento antituberculoso y la adherencia al tratamiento…….	47
Gráfico 6.	Relación entre la ocupación y la adherencia al tratamiento……	48
Gráfico 7.	Relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento……..	49
Gráfico 8.	Relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento……..	51
Gráfico 9.	Adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019……...	52

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivos: 1. Establecer las características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento antituberculoso y ocupación de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital ll de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. 2. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento. 3. Establecer el nivel de autoestima más frecuente. 4. Determinar la relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento. 5. Determinar el grado de adherencia al tratamiento. Se llegó a las siguientes conclusiones: 1. El grupo etario más afectado estuvo entre 18 a 30 años con el 46.4%, los varones fueron los más afectados con el 58.8%, el estado civil conviviente con el 46.4%, mayor porcentaje de pacientes con nivel secundario que alcanzó al 57.7%, con un periodo de tratamiento de 1 a 6 meses alcanzó a un porcentaje de 64.9%, trabajadores independientes fueron el 38.1% y no trabajaban el 37.1%. 2. Se encontró relación entre edad y adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 6.395 y p 0.041, también se encontró relación estadísticamente significativa entre estado civil y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso con un valor de ji cuadrado de 10.701 y p 0.030, con el resto de factores sociodemográficos: sexo, nivel educativo, tiempo de tratamiento y ocupación no se encontró relación. 3. Los pacientes con nivel de autoestima medio fueron la mayoría alcanzando el 75.3%, nivel de autoestima alto 14.4%, y nivel de autoestima bajo 10.3%. 4. Existe relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 69.711 y p 0.034. 5. Con relación al grado de adherencia fue bueno en el 56.7% y mala adherencia en el 43.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, autoestima, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The present investigation had as objectives: 1. To establish the sociodemographic characteristics: Age, sex, marital status, educational level, time of tuberculosis treatment and occupation of patients with pulmonary tuberculosis in the Hospital II of Tingo María during the period July to December of 2019. 2. Determine the relationship of sociodemographic factors with adherence to treatment. 3. Establish the most frequent level of self-esteem. 4. Determine the relationship between self-esteem and adherence to treatment. 5. Determine the degree of adherence to the treatment. The following conclusions were reached: 1. The most affected age group was between 18 and 30 years old with 46.4%, the men were the most affected with 58.8%, the marital status with 46.4%, the highest percentage of patients with a secondary level that reached 57.7%, with a treatment period of 1 to 6 months it reached a percentage of 64.9%, independent workers were 38.1% and 37.1% did not work. 2. A relationship was found between age and adherence to treatment with a chi-square value of 6,395 and p 0.041, a statistically significant relationship was also found between marital status and the level of adherence to tuberculosis treatment with a chi-square value of 10,701 and p 0.030, with the rest of sociodemographic factors: sex, educational level, treatment time and occupation no relationship was found. 3. The patients with average self-esteem level were the majority reaching 75.3%, high self-esteem level 14.4%, and low self-esteem level 10.3%. 4. There is a relationship between the level of self-esteem and adherence to treatment with a chi-square value of 69,711 and p 0.034. 5. Regarding the degree of adherence, it was good in 56.7% and poor adherence in 43.3% of patients with pulmonary tuberculosis.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, self esteem, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1) en el 2016 refiere que la cifra estimada de personas que contrajeron tuberculosis (TB) fue de 10,4 millones: el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH. Si se trabaja en el diagnostico precoz y tratamiento oportuno se puede reducir la tasa de mortalidad como la alcanzada entre el 2000 al 2016 se redujo en un 37% evitando la muerte por tuberculosis de 53 millones de personas (1). Cabe destacar que el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en primer lugar en Brasil y en segundo lugar en Perú. De igual forma, el 90% de los casos de TB-RR/MDR estimados se encuentran en 10 países del continente Americano, de las cuales Perú y Brasil concentran el 51% de los casos estimados. (2). En el año 2016 el Perú reportó 29,733 casos de Tuberculosis y en el año 2017 notifico 31.504 siendo la tasa de incidencia estimada de TB de 116.4 por cada 100 000 habitantes y la incidencia notificada de TB de 86.4 por cada 100 000 habitantes peruanos. La tasa de morbilidad que presenta es de 99 por cada 100 000 habitantes, así mismo presentando una tasa de mortalidad y letalidad de 3.7 por cada 100 000 habitantes. (3) (5). Los casos estimados de TB-MDR en el Perú en el año 2016 es de 3500, siendo un aumento de gran impacto con respecto a los años anteriores, 300 casos estimados nuevos fue el aumento en el 2016 con respecto al 2015 que presento 3200, y vale mencionar que en el 2011 se contaba 2100 casos estimados de TB-MDR. (3)(5). Según el Análisis de situación de salud Ucayali (4) se estimó que en el año 2015 tuvo 892 casos, de las cuales, los EE.SS que notificaron el mayor número de casos de TBC fueron: El Hospital Regional de Pucallpa (162 casos) y el Hospital Amazónico de Yarinacocha (134 casos) y el diagnóstico de Tuberculosis con una confirmación bacteriológica fue de 56.16%.

La presente investigación consta de 5 capítulos: En el capítulo I se aborda el problema de investigación: El Hospital II de Tingo María brinda atención a los pacientes con esta patología en el programa de Tuberculosis es en donde se aplicó los instrumentos de investigación. En el capítulo II, se aborda el marco teórico, aquí podemos mencionar que se revisó la bibliografía relacionada a la tuberculosis, la autoestima y el grado de adherencia con sus factores relacionados.

En el capítulo III, el marco metodológico se trata de un estudio retrospectivo, correlacional y transversal en una muestra de 97 pacientes que firmaron el consentimiento informado.

En los capítulos IV y V se aborda los resultados, su discusión y las siguientes conclusiones:

1. El grupo etario más afectado estuvo entre 18 a 30 años con el 46.4%, los varones fueron los más afectados con el 58.8%, el estado civil conviviente con el 46.4%, mayor porcentaje de pacientes con nivel secundario que alcanzó al 57.7%, con un periodo de tratamiento de 1 a 6 meses alcanzó a un porcentaje de 64.9%, trabajadores independientes fueron el 38.1% y no trabajaban el 37.1% de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. 2. Se encontró relación entre edad y adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 6.395 y p 0.041, también se encontró relación estadísticamente significativa entre estado civil y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso con un valor de ji cuadrado de 10.701 y p 0.030, con el resto de factores sociodemográficos: sexo, nivel educativo, tiempo de tratamiento y ocupación no se encontró relación en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. 3. Los pacientes con nivel de autoestima medio fueron la mayoría alcanzando el 75.3%, nivel de autoestima alto 14.4%, y nivel de autoestima bajo 10.3% de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. 4. Existe relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 69.711 y p 0.034, en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. 5. Con relación al grado de adherencia fue bueno en el 56.7% y mala adherencia en el 43.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecto contagiosa, ocasionada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, cuya infección es definida por la OMS como la transmisión de persona a persona de los bacilos tuberculosos cuando tose, estornuda o escupe, bastando solo la inhalación de unos pocos bacilos para que se produzca la infección. La persona infectada por la exposición, puede desarrollar la enfermedad con un porcentaje entre el 5 al 15% durante su vida, siendo de mayor riesgo en inmunodeprimidos. (1)

Lo relevante a tener en cuenta es que a pesar de que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad prevenible y curable, es una de las enfermedades infecto-contagiosas de mayor incidencia y prevalente en la población mundial, siendo la novena causa mundial de muerte y la primera causa mundial de muerte por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/sida. (1)

La Organización Mundial de la Salud (1) refiere que la cifra del año 2016 de personas con Tuberculosis Pulmonar fue de 10.4 millones, donde: un 90% eran adultos, de las cuales el 65% eran de sexo masculino y un 10% de ellos correspondían a personas con VIH.

El ritmo de disminución anual es de aproximadamente un 3% para la tasa mundial de mortalidad y un 2% para la incidencia, constatándose de que la tasa mundial de mortalidad por TB (por 100 000 habitantes) disminuyó en un 37% entre el 2000 y el 2016, evitándose así un aproximado de 53 millones de muertes por TB entre esos años gracias al diagnóstico precoz y tratamiento apropiado, enfatizando aun así, que a pesar de todo logro, la TB sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud pública mundial, existiendo un panorama actual que se sigue caracterizando por una

carga de enfermedad elevada y unos progresos que no son lo suficientemente esperados para disminuir su incidencia y mortalidad en mayor porcentaje. (1)

Con respecto a la TB farmacorresistente, a nivel mundial en el 2016 hubo 600 000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), que es el fármaco de primera línea más eficaz; de las cuales 490 000 de ellos tenían TB multirresistente (TB-MR), con diferencia presentada en el 2015 con 480 000 nuevos casos de TB-MR. (1)

Obteniendo datos del Informe mundial de TB del año 2016, según la OPS (2) con respecto a la carga de TB en las Américas, se presentaron 273.574 casos estimados de TB de todas las formas, y 222.750 casos notificados, con respecto a TB asociado a VIH se cuenta con 30.483 casos estimados y 20.625 casos notificados, y de TB MDR con 8.129 casos estimados y 3.731 casos notificados.

Cabe destacar que el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en primer lugar en Brasil y en segundo lugar en Perú. De igual forma, el 90% de los casos de TB-RR/MDR estimados se encuentran en 10 países del continente Americano, de las cuales Perú y Brasil concentran el 51% de los casos estimados. (2)

En el año 2016 el Perú reportó 29,733 casos de TB y en el año 2017 notificó 31.504 y 37,000 casos estimados de TB, siendo la tasa de incidencia estimada de TB de 116.4 por cada 100 000 habitantes y la incidencia notificada de TB de 86.4 por cada 100 000 habitantes peruanos. La tasa de morbilidad que presenta es de 99 por cada 100 000 habitantes, así mismo presentando una tasa de mortalidad y letalidad de 3.7 por cada 100 000 habitantes. (3)(5)

Los casos estimados de TB-MDR en el Perú en el año 2016 es de 3500, siendo un aumento de gran impacto con respecto a los años anteriores, 300 casos estimados nuevos fue el aumento en el 2016 con respecto al 2015 que presentó 3200, y vale mencionar que en el 2011 se contaba 2100 casos estimados de TB-MDR. (3)(5)

Con respecto a la distribución porcentual de los casos de TB según el subsector de salud en el 2017, MINSA cuenta con el 71.3% (22,462). (3)(5)
Se priorizaron 12 regiones en Perú de mayor incidencia de TB, entre las cuales se encuentra la región de Ucayali, al cual le corresponde el 3% del total de casos (31,504 casos notificados de TB en Perú en el 2017). (4)

En la región de Ucayali en el 2017, la Tasa de Incidencia corresponde a 144.6 por cada 100 000 habitantes, muy por encima del promedio nacional (116.4 x 100 000 hab.), estando debajo solo del Callao que cuenta con una tasa de 199.2. La incidencia de TBP-FP (frotis positivo) corresponde a 100.8 por cada 100 000 habitantes. (4)(5)
La Tasa de morbilidad que presentó es de 162.2 por cada 100 000 habitantes, colocándose por debajo de Lima-Callao. La Tasa de mortalidad es de 11 por cada 100 000 habitantes, colocándose en el primer lugar de todas las regiones del Perú. (4)(5)

Según el Análisis de situación de salud Ucayali (4) se estimó que en el año 2015 tuvo 892 casos, de las cuales, los EE.SS que notificaron el mayor número de casos de TBC fueron: El Hospital Regional de Pucallpa (162 casos) y el Hospital Amazónico de Yarinacocha (134 casos) y el diagnóstico de TB fue con una confirmación bacteriológica en un 56.16%.

El número de TBC MDR en el 2015 fue de 24 casos, y de 31 casos de TB MDR en el 2017. Nos menciona también que el total de fallecidos en el año 2015 fue de 57, el EE.SS que más reportó fue el Hospital Regional de Pucallpa (29 casos). (4)
En cambio la región Huánuco presentó una Tasa de morbilidad de 43.9 por cada 100 000 habitantes, con una Tasa de incidencia de 41 por 100 000 habitantes y la incidencia de TBP-FP (frotis positivo) corresponde a 27 por cada 100 000 habitantes. (5)

Con el establecimiento de la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas dan a conocer la

necesidad de brindar atención mediante la prevención de la Tuberculosis pulmonar de forma multisectorial y en un contexto sanitario universal, adoptándose medidas multisectoriales adecuadas que haga frente tanto a las consecuencias de la enfermedad como a sus determinantes socio-económicos. (1)

Dentro de la problemática de la TB en Perú, se considera varios puntos que favorecen el aumento de casos, siendo uno de los más importantes, el alto porcentaje de abandonos al tratamiento, por la cual consignan dentro de las medidas preventivas el apoyo social y multisectorial. Correspondiendo el 6.8% de abandonos al tratamiento en TB sensible, mediante una cohorte realizada el 2015, y a un 33.9% de abandonos de tratamiento en TB MDR-RR en una cohorte realizada el 2014. (5)

La OMS publicó acerca del incumplimiento del tratamiento en enfermedades crónicas, refiriendo que es una causa principal por la cual los pacientes no obtienen los beneficios que sus medicamentos les generaría, dando lugar a complicaciones psicosociales, dificultad en la mejora de su calidad de vida y un mal uso con notoria pérdida de recursos de los sistemas de atención de salud. (6)
Lo único que se obtendrá de una falta de adherencia al tratamiento será complicaciones a nivel clínico-terapéutico y asistencial.

La PEM-TB (Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a TB en el Perú) nos muestra la realidad de la población peruana frente a los conocimientos que tiene sobre la tuberculosis pulmonar, nos refiere que aparte de afectar más a la población económicamente activa, llega a generar deserción estudiantil, agregando que son víctimas de estigma y discriminación, esta última es considerada otra causa importante que conlleva a un afección del autoestima en estas personas, que al estar en tratamiento antituberculoso podría generar un fallo en su adherencia. (7)

El principio de no discriminación no es respetado en la tuberculosis, las personas que tienen la enfermedad no solo luchan con el malestar clínico generado por esta, sino que también con la discriminación de la sociedad. Algunos pacientes llegan a lo que

se conoce como “Muerte Social”, aquí se cierran las posibilidades y oportunidades de reintegración social, estancando su desarrollo personal. (8)

Se atribuye que el estigma impuesto hacia los pacientes con TB es por falta de conocimiento, sin embargo en un estudio realizado demostró que los profesionales de salud realizan prácticas discriminatorias, obteniéndose como su mayor causa de estigma es el que sean contagiados de TBC y rechazando la atención y contacto con el paciente es su mejor forma de estigmatizar. (8)

Es así como los pacientes con tuberculosis tienen que cargar con la discriminación obtenida y estigmatizada de la sociedad, como consecuencia la afectación directa de su autoestima lo limitarán en su interacción social, desmoralizándolos y quebrantándolos sus derechos como persona.

Por lo tanto, los esfuerzos destinados de los Servicios de Salud, no solo va suplir las necesidades físicas del proceso salud - enfermedad que atraviesa el paciente, sino que también es muy necesario incentivar una adecuada salud mental en los diferentes ámbitos sociales en que se encuentre el paciente, así hablamos de un nivel de autoestima, el cual será responsable del fracaso o éxito.

Podemos establecer que el autoestima es alto cuando el concepto de uno mismo es positivo, se expresa con una mayor seguridad personal y una gran capacidad de cumplir objetivos, por lo contrario, el autoestima es bajo cuando la imagen e identidad de una persona se modifica, se siente incapaz y muy dependiente de otros. (9)

Por eso es de suma importancia que a nivel social y personal las personas con TB puedan adquirir estabilidad tanto física como emocionalmente, para poder enfrentar de una manera positiva y adecuada, todos los procedimientos que incluyan su recuperación ya sea en su hogar o en los ambientes de atención de la salud.

En base a lo descrito, esta investigación se realizó con la finalidad de determinar si existe relación entre la adherencia al tratamiento en los pacientes con TB con el nivel de autoestima que presentan, los resultados permitirán ayudar en un futuro a diseñar estrategias de participación multidisciplinaria en la recuperación integral de la salud de estos enfermos. Por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre el Nivel de autoestima y adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?

1.2.2. Problemas Secundarios

- ¿Qué características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento antituberculoso y ocupación presentan los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?
- ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?
- ¿Cuál es el nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?
- ¿Cuál es la relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?

- ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Establecer las características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento antituberculoso y ocupación de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.
- Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.
- Establecer el nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.
- Determinar la relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

- Determinar el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la tuberculosis es considerada aún una amenaza para la salud pública mundial, habiendo sido declarada por la OMS como una emergencia desde 1993 (1) perdurando hasta la fecha, obteniéndose según la OPS un aproximado de 273.574 casos estimados de tuberculosis pulmonar en América Latina en el año 2016 y constatándose que Perú es el segundo país con mayor número de casos y altas tasas de incidencia. (2)

A nivel nacional la lucha persiste con el fin de generar esfuerzos que logren disminuir la prevalencia de personas con tuberculosis pulmonar y brindar el manejo adecuado de los pacientes, lamentablemente, uno de los puntos que favorecen el aumento de casos es el alto porcentaje de abandonos al tratamiento, cuantificándose un 6.8% de abandonos en el tratamiento de TBP sensible en un estudio cohorte realizado el 2015. (5)

Cabe destacar que una de las principales causas por la cual un paciente no se adhiere a su tratamiento es porque son víctimas de estigma y discriminación en su entorno, las cuales son causas importantes en que su autoestima sea afectado. Por lo tanto lo único que se obtiene son complicaciones negativas y perturbadoras tanto a nivel clínico, terapéutico y asistencial.

Esta investigación en el ámbito social tiene mucha utilidad ya que al demostrar la relación existente entre el nivel de autoestima y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar, se podrá generar políticas de sensibilización y esfuerzos destinados de los servicios de salud, que no solo suplirán necesidades físicas que atraviesa el paciente, sino que se incentivará una adecuada salud mental,

del cual dependerá mucho el fracaso o éxito de su tratamiento. Así la población tendrá conocimiento sobre la TB, generando empatía, reconociendo el impacto emocional y la necesidad de ayuda que requieren estos pacientes.

Asimismo, el presente estudio también servirá como fuente bibliográfica para que posteriores estudios sean realizados, obteniéndose más conocimientos de la problemática que engloba esta enfermedad.

Al tratarse de un estudio cuantitativo, analítico correlacional y transversal, marcará un punto de partida para que en un futuro se pueda brindar opciones de solución a esta enfermedad de salud pública mundial.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Aubid Allah K. y colb. (Pakistan, 2017). En su estudio titulado "*Restricciones socioeconómicas encontradas por pacientes de TB que llevaron a no cumplimiento-un estudio secreto transversal en Punjab del Sur, Pakistán*". Cuyo objetivo principal fue identificar y evaluar diferentes restricciones socioeconómicas que un paciente con tuberculosis tiene que enfrentar en el transcurso del tratamiento. El estudio también tuvo como objetivo encontrar la asociación significativa entre los diferentes aspectos socioeconómicos, variables y surgimiento del incumplimiento durante el curso de la terapia de la tuberculosis. Es un estudio de tipo Trasversal, cuya población era de tres distritos seleccionados, Lodharan, Bahawalpur y Bahawalnagar, desde febrero de 2011 hasta junio de 2011, de las cuales de trescientos pacientes seleccionados, 210 se inscribieron en el estudio después de recibir los consentimientos por escrito. Los resultados obtenidos fueron que el bajo nivel educativo (p <0,0012, IC 95%), el desconocimiento de la enfermedad (88,7%), la población atestada (p = 0), el costo del tratamiento y el acceso distante a los establecimientos de salud pública estaban directamente relacionados con la prevalencia de la tuberculosis. También se encontró que los diferentes factores sociales que conducen a la falta de cumplimiento y la denegación del tratamiento de la TB son diferentes factores relacionados con la enfermedad, incluida la mala actitud de los familiares, colegas, la sociedad e incluso los profesionales de la salud (p = 0,0000, IC 95%). Llegando a la conclusión que las restricciones socioeconómicas, como la baja tasa de alfabetización, el desempleo, el desconocimiento de la enfermedad, el alto costo del tratamiento, la mala actitud de la familia, la sociedad y los profesionales de la salud estaban directamente relacionadas con el incumplimiento y deberían recibir una alta prioridad para lograr una mejor gestión y mitigación de la TB. (10)

Gallardo Q. (España, 2016). En su estudio titulado "*Evidencias científicas sobre el control de la tuberculosis",* de las cuales uno de sus objetivos es analizar los principales factores asociados a la adherencia y cumplimiento en el tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) en un área de salud de la provincia de Alicante, España. Es un estudio tipo observacional retrospectivo. Cuyos resultados fueron que de todos los pacientes diagnosticados de infección tuberculosa, el 45.6% no iniciaron tratamiento y los factores que se asociaron a ello fueron: la edad, la relación social con el caso índice de tuberculosis y la induración de la prueba de tuberculina (PT); la tasa de cumplimiento entre los que sí iniciaron el TIT fue del 80.4% y la pauta de tratamiento de 7-9 meses con isoniazida se asoció a mejor cumplimiento. La conclusión que llego fue que la tasa de cumplimiento del TIT fue alta entre los pacientes que iniciaron tratamiento, aunque casi la mitad del total de los que tenían infección tuberculosa no lo iniciaron y los factores que se asociaron a ello fueron la edad, la relación social con el caso índice de TB y la induración de la PT; además, la pauta de tratamiento recomendada se asoció a un mejor cumplimiento del tratamiento. (11)

Culqui L. (España, 2016). En su estudio titulado "*Epidemiología de la Tuberculosis: Características del Abandono de Tratamiento, Hospitalizaciones y Tuberculosis Extrapulmonar*", cuyo objetivo principal fue los Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en el Perú, es un estudio tipo casos y controles, cuya población eran los pacientes durante el 2004-2005, analizando 265 casos y 605 controles y definiéndose como casos, aquellos que abandonaron el tratamiento por 30 días consecutivos y controles aquellos que lo cumplieron. Obteniéndose como resultados que el abandono se asoció al sexo masculino, a sentirse mal durante el tratamiento, al abandono previo, al consumo de drogas y a la combinación de pobreza. Se identificaron como factores protectores: recibir una buena información y poder acceder al sistema sanitario en horarios brindados. Y como conclusiones el abandono del tratamiento se asoció a factores no modificables (sexo masculino, abandono previo) y a otros cuyo control mejoraría el cumplimiento

(malestar durante el tratamiento, consumo de drogas, pobreza, y a insatisfacción con la información, la atención médica y los horarios de visita). (12)

Horter S. y colb. (Uzbekistán, 2016). En su estudio titulado "*Donde hay esperanza: un estudio cualitativo que examine la adherencia de los pacientes al tratamiento de la tuberculosis multirresistente en Karakalpakstan, Uzbekistán*". Cuyo objetivo principal es proporcionar información sobre las barreras y los facilitadores del tratamiento e informar estrategias futuras de apoyo a la adherencia. Es un estudio tipo cualitativo, realizado mediante entrevista a una población de 52 pacientes con TB-MDR y profesionales de salud, e incluidas 5 entrevistas de seguimiento. Los resultados obtenidos señalan que varios factores influyeron en la adherencia, donde la esperanza y el conocimiento de alta calidad apoyaron la adhesión; la autonomía y el control permitieron un compromiso óptimo con la toma de tratamiento; y las percepciones del cuerpo, el yo, el tratamiento y la enfermedad influyeron en la tolerancia a los medicamentos. Las conclusiones señalan que dichos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque individualizado y holístico para el apoyo a la adherencia con el compromiso de los pacientes como participantes activos en su atención que se sienten dueños y responsables de su tratamiento. (13)

Kibrisli E. y colb. (Turquía, 2015). En su estudio titulado "*Alta ansiedad social y mala calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar*". Cuyo objetivo fue determinar la gravedad de la ansiedad social en un grupo de pacientes con tuberculosis pulmonar (TP), además de comparar la calidad de vida relacionada con la enfermedad de estos pacientes con la de los controles sanos. Es un ensayo clínico de estudio tipo experimental. La población está dada por los pacientes que fueron dados de alta recientemente con el diagnóstico de TP 94 y 99 sujetos sanos de control que tenían características demográficas similares. Los resultados señalaban que los pacientes con TP mostraron niveles más altos de evitación del rendimiento y evitación social que los sujetos de control sanos. En conclusión, los pacientes con PT experimentan niveles más altos de ansiedad social y temor a la exclusión social que acompañan a niveles más bajos de calidad de vida durante los primeros meses de

su enfermedad. El miedo subjetivo a la exclusión social parece estar relacionado con la severidad percibida de la enfermedad de estos pacientes. Se necesitan estudios adicionales que demuestren períodos de seguimiento más largos. (14)

Cremes AL. y colb. (Zambia, 2015). En su estudio titulado "*Evaluación de las consecuencias del estigma para pacientes con tuberculosis en zonas urbanas de Zambia*". Cuyo objetivo principal es mejorar la comprensión de las percepciones estigmatizantes relacionadas con la TB y describir las experiencias de estigmatización de los pacientes con TB a fin de señalar recomendaciones para mejorar la política de TB. Es un estudio de método mixto, realizado en una población de 300 pacientes con TB, tanto de la clínica Kanyama y áreas circundantes, en Lusaka, Zambia. Obteniéndose como resultados que 138/300 pacientes que describieron las percepciones y actitudes relacionadas con la tuberculosis, de los cuales 113 (82%) informaron estigma, las concepciones de TB que provocan el estigma se asociaron con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el supuesto comportamiento inmoral, la incurabilidad (percibida) y los mitos (tradicionales) sobre la etiología de la TB. Las consecuencias del estigma prevalecieron tanto en niños como en adultos e incluyeron baja autoestima, insultos, ridiculización, discriminación, exclusión social y aislamiento que llevaron a una menor calidad de vida y estatus social, no divulgación y / o dificultades con el cumplimiento del tratamiento y adherencia. Las mujeres tenían significativamente más problemas relacionados con el estigma que los hombres. Y como conclusión señalan que muchos pacientes con TB enfrentaron problemas relacionados con el estigma, a menudo impidiendo el control efectivo de la TB y sugiriendo que los esfuerzos actuales para reducir el estigma aún no son óptimos. (15)

Feng D., Xu L. (China, 2014). En su estudio titulado "*La relación entre la discriminación percibida y la angustia psicológica entre los pacientes chinos con tuberculosis pulmonar: el papel moderador de la autoestima*". Cuyo objetivo principal era describir la prevalencia de la angustia psicológica y examinar el efecto moderador de la autoestima en la relación entre la discriminación percibida y la angustia

psicológica en pacientes chinos con tuberculosis pulmonar (TB). Es un estudio tipo trasversal realizada en una población de 720 pacientes con TB de tres ciudades de la provincia de Shandong en el este de China, siendo los resultados que un total de 58.6% de los pacientes con TB obtuvieron un puntaje superior a 16 en el K10 (kessler 10), lo que indica un malestar psicológico moderado y grave. La prueba de ji cuadrado reveló que las pacientes femeninas reportaron mayor sufrimiento psicológico que los pacientes masculinos. El análisis del modelo de ecuación estructural (SEM) en toda la muestra indicó que la discriminación percibida se relacionó significativamente con el sufrimiento psicológico ($\beta = .28$, $p \leq .01$). El análisis de grupos múltiples de SEM mostró que la discriminación percibida tuvo un efecto significativamente importante ($\beta = .50$, $p \leq .001$), significativamente moderado ($\beta = .15$, $p \leq .01$) e insignificante ($\beta = .05$, $p \geq 0,05$) en los trastornos psicológicos entre baja autoestima, moderada autoestima, y una alta autoestima en pacientes con TB. Concluyendo que los resultados verificaron el efecto moderador de la autoestima en la relación entre la discriminación percibida y el sufrimiento psicológico. (16)

Kuznetsov VN y colb. (Rusia, 2013). En su estudio titulado "*La desesperanza como base para el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en la región de Arkhangelsk: un estudio de teoría fundamentada*". Cuyo objetivo del estudio fue comprender los factores que influyen en el retraso del diagnóstico entre los pacientes con tuberculosis en la región de Arkhangelsk y desarrollar un modelo teórico para explicar el retraso diagnóstico desde la perspectiva de los pacientes. Estudio de tipo cualitativo en la que se entrevistaron a una población de 23 pacientes que habían experimentado un retraso diagnóstico de la tuberculosis. Los resultados dieron como respuesta a una interrogante: ¿Por qué y cómo los pacientes en la región de Arkhangelsk retrasan el diagnóstico de tuberculosis?, respondiendo como la condición causal y la principal preocupación de los pacientes fue que fueron superados por la desesperanza. Los pacientes culparon a la política, al sistema administrativo y a los médicos por sus desafortunadas circunstancias de vida. Esto fue acompañado por la evitación de la atención sanitaria, la negación de su propia situación de salud y auto - tratamiento. Solo una amenaza mortal fue un motivador suficiente para que algunos pacientes

buscaran ayuda médica. "Ser dominado por la desesperanza" se identificó como la categoría central que afectó su autoestima e influyó en toda su vida, incluidas las relaciones familiares, laborales y sociales, y parecía aún más fuerte en asociación con el consumo de alcohol. Llegando a concluir que el principal factor que contribuyó al comportamiento de búsqueda de salud no exitoso para pacientes con tuberculosis fue identificado como "ser vencido por la desesperanza". Esto se debe tener en cuenta al crear programas preventivos y algoritmos de diagnóstico destinados a aumentar el conocimiento sobre la tuberculosis, mejorar el sistema de salud, disminuir el consumo de alcohol y reducir la pobreza de las personas en Arkhangelsk. (17)

Zekariyas S., Yohannes H., Michael G. y Tadese E. (Zona de Sidama, sur de Etiopía, 2013). En su estudio titulado "*Satisfacción del paciente con el servicio de tratamiento de la tuberculosis y el cumplimiento del tratamiento en los establecimientos de salud pública de la zona de Sidama*", sur de Etiopía, cuyo objetivo principal fue investigar la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, es un estudio tipo corte transversal de método cuantitativo de recolección de datos, en una población de muestra de 531 encuestados de 11 centros de salud y un hospital. Obteniéndose como resultados que un 90% de los participantes estaban satisfechos con el servicio de tratamiento de la TB, un 26% presentaba un poco adherencia al tratamiento, concluyendo que las percepciones presentadas en los pacientes con respecto a sus interacciones con la atención medica es de gran influencia, estableciendo una asociación significativa entre la satisfacción del paciente y su adherencia al tratamiento de la TB. Esto indica que por el aumento en la puntuación de satisfacción del paciente la probabilidad de a la adherencia al tratamiento eran 0.90 veces mayor. (18)

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Morales H. (Lima, 2017). En su estudio titulado "*Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la red Almenara de Essalud-Lima,*

año 2015". Cuyo objetivo principal es determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogorresistentes (TB-MDR) de la Red Asistencial Almenara en EsSalud- Lima, año 2015. Es un estudio tipo analítico transversal prospectivo, desarrollado en una población de 81 pacientes con TB-MDR, se utilizaron el test de depresión de Zung, y el test de Morisky – Green para la medición de la adherencia al tratamiento de la TB y revisión de fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. Los resultados señalaron que los pacientes que no presentan depresión tienen el 82.14% de adherencia al tratamiento, además los que presentan depresión leve tienen 76.67% de adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 17.65%. Es decir, se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento ($p<0.05$). Y como conclusiones la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR). (19)

Meza W. y colb (Ica, 2017). En su estudio titulado "*Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017*". Cuyo objetivo de estudio es determinar la adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red La Palma, Ica 2017. Es un estudio tipo analítico observacional, prospectivo y transversal. Realizada en una población de 52 pacientes de la Micro red La Palma, se utilizó el test de Morisky-Green - Levine. Los resultados muestra que 42% (22 pacientes) de mala adherencia, entre factores asociados, se encuentra con los factores relacionados a la terapéutica, con relación a la asistencia sanitaria, y con factores en relación al paciente. De los 52 encuestados, para el tratamiento médico y farmacológico contra la tuberculosis, donde el 21.2% (11 pacientes) olvidan tomar sus medicamentos, el 38.5% (20 pacientes) no toma sus medicamentos a la hora indicada, el 19.2% (10 pacientes) deja de tomar los medicamentos cuando se encuentra bien y el 21.2% (11 pacientes) deja de tomar los medicamentos cuando no se encuentra bien. Y como conclusiones los factores relacionados con el paciente y la adherencia terapéutica no muestra

asociación (p-valor >0.05), con variables como: la negación ante el seguimiento del tratamiento, sobre la limitación que ejerce la enfermedad sobre las actividades diarias, o cambio de estilos de vida, conocimiento sobre dieta durante el tratamiento, apoyo familiar, pertenecer en algún grupo de apoyo, o sobre la lejanía del establecimiento de salud para recibir o continua tratamiento. Pero se encuentra relación a la adherencia terapéutica con la motivación a cumplir con el tratamiento. (20)

Maza C., Tapia M. (Chimbote, 2015). En su estudio titulado "*Apoyo social y nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud Yugoslavia. 2015*". Cuyo objetivo principal es conocer la relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) del Centro de Salud Yugoslavia 2015. Es un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, la población de estudio estuvo constituida por 28 pacientes, se aplicaron dos instrumentos, escala para valorar el nivel de autoestima y la escala para valorar el apoyo social. Los resultados mencionan que los pacientes en su mayoría presentan una autoestima menos positiva con un 57,1%, mientras que el 42.9% presenta una autoestima más positiva. El apoyo social es medio con un 42.9%, y el 21.4%, presenta apoyo social bajo. Concluyendo así que no existe relación significativa entre el apoyo social y el nivel de autoestima determinada por la prueba estadística Chi Cuadrado X2= 0.6 (Corrección de Yates); gl=2; p=0,343, OR =5. (9)

Miñano, J. y Vilca, R. (Chimbote, 2014). Realizaron un estudio titulado "*Funcionamiento familiar y autoestima asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud Yugoslavia",* cuyo objetivo principal era determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y autoestima sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud "Yugoslavia". Teniendo como resultados que de todos los pacientes el 78.30% tienen familias muy funcionales, el 56.50% tiene autoestima media y 34.80% autoestima alta

y el 8.70% autoestima baja. Con respecto al cumplimiento del tratamiento antituberculoso, el 73.90% lo cumplen, mientras el 26.10% no lo cumplen, llegando así a la conclusión de que existe una asociación altamente significativa entre el funcionamiento familiar, el nivel de autoestima y el cumplimento del tratamiento farmacológico antituberculoso. (21)

Espinoza A. y Olivera R. (Chimbote, 2014). En su estudio titulado "*Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014*". Cuyo objetivo principal es conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2014. Es un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. En una población conformada por 30 pacientes con TB, y mediante la utilización de instrumentos: Escala de valoración de autoestima, cuestionario de apoyo social, Ficha de control sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso. Resultados obtenidos, que el 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% no cumple, concluyendo que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso ($X2 = 11,4319$; gl. 2; $p= 0,0221$). (22)

Gomero de la Cruz, C. y col. (Lima, 2013). En su estudio titulado "*Clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fé 2013"*. Cuyo objetivo principal es determinar la relación entre Clima Social Familiar y el nivel de Autoestima en dichos pacientes. Es un estudio de tipo descriptivo – correlacional y de corte transversal, con una muestra poblacional de 44 usuarios, utilizaron una escala tipo Likert sobre el clima social familiar, y para medir autoestima la escala de Rosenberg modificada. Los resultados mostraron que el 74.94% de los pacientes no cuentan con un clima social familiar adecuado, por lo tanto no cuentan con un adecuado soporte social y/o emocional, el 77.24% de los pacientes presentó una autoestima de medio a bajo nivel, lo que indica que puede ser vulnerable a un

desequilibrio emocional llevándolo al abandono de tratamiento. Obtuvieron como conclusión una relación significativa (p=0.451) entre clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con TB. (23)

Negrete U. (Lima, 2013). En su estudio titulado "*Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Micaela Bastidas 2011*". Cuyo objetivo principal fue 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. Es un estudio de tipo cuantitativo, de método descriptivo correlacional de corte transversal. Realizada en una población de pacientes entre los 15 a 49 años con TB inscritos en el programa y nuevos con un promedio de 5 mensual, utilizando como técnica una encuesta y como instrumento la escala de Likert Modificada validado por 9 jueces de experto para la correlación de datos y test de autoestima. Se obtuvo como resultados que el 40% tenían una actitud medianamente favorable respecto a su tratamiento, el 34% alcanzó el nivel alto de autoestima. De acuerdo a la edad de los pacientes el mayor porcentaje presenta 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. Y como conclusiones, que un 40% de pacientes tenía actitudes medianamente favorables respecto a su tratamiento, la mayoría reflejaban un nivel de autoestima de media a alta, y presentes en mayor porcentaje entre los 20 a 29 años, solo un 34% de los pacientes alcanzó nivel de autoestima alto, y existe una relación significativa aceptable entre el nivel de autoestima y actitudes de los pacientes con TB. (24)

2.1.3. Investigaciones Locales

Mateo Gonzales, Pilar Rosario. (Huánuco, 2018) (32). En su tesis titulada: Relación entre el conocimiento y actitud hacia la aplicación de medidas preventivas de tuberculosis en familias de pacientes atendidos en la estrategia sanitaria de control de tuberculosis en el Hospital de Tingo María – 2017, refiere que su objetivo fue

determinar relación entre los conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de tuberculosis en familiares de paciente atendidos en la Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis del Hospital Tingo María, 2017. MÉTODOS: Estudio con enfoque cuantitativo, de corte trasversal, nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 60 familias de pacientes con tuberculosis. RESULTADOS: La edad promedio de los familiares fue de 40 años. Con predominio del sexo femenino [63.3%(38)]. El [45,0%(27)] tenía nivel educativo de secundaria. El [80,0% (48)] proceden de la zona urbana y el [46,7%(28)] fueron amas de casa. El [68,3% (41)] tiene conocimiento sobre medidas preventivas de la tuberculosis. El [66,7% (40)] de las familias tiene actitud de aceptación hacia las medidas preventivas de la tuberculosis. CONCLUSIONES: Existe relación significativa entre los conocimientos y las actitudes de los familiares de los pacientes con tuberculosis en relación a medidas preventivas con un [X2= 8,660 y un valor p= 0,031].

Maldonado Alvarado Anita M. y Lozano Ruiz Liz K. (Ucayali, 2018). En su estudio titulado "*Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015".* Cuyo objetivo principal fue determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa, es un estudio tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. En una muestra poblacional conformada por 56 pacientes de ambos sexos y edad entre los 18 a 71 años, utilizaron el test de depresión de Zung y el Test de Morisky – Green para medir la adherencia al tratamiento y la revisión de Fichas de control de tratamiento de cada paciente. Llegando a la conclusión que tanto los pacientes con depresión leve, moderada y severa, presentan una mala adherencia al tratamiento. (25)

Leveau Fuchs H. (Ucayali, 2018). En su estudio titulado "*Factores que influyen en el abandono del tratamiento para Tb MDR en Pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital II Essalud, Pucallpa – Ucayali 2013 – 2017*". Cuyo objetivo

principal es determinar los factores que influyen en el abandono del tratamiento para TB MDR en pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital II Essalud, Pucallpa - Ucayali 2013-2017. Es un estudio tipo descriptivo, transversal, no experimental y retrospectivo, en pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso. Obteniendo como resultados que la edad que más frecuencia presentan los pacientes que abandonaron el tratamiento individualizado de tuberculosis son los comprendidos entre los 30 a 59 años (44.4%), entre los 15 a 29 años (38.9%), y los de 60 años a más (16.7%). El estado nutricional es de 27.8% normo peso y 72.2% bajo peso. El nivel de educación fueron primaria el 44.4%, secundaria el 38.9% y superior el 16.7%. El 50% fueron desempleados y el 50% son empleados, al momento que abandonaron el tratamiento. Los efectos colaterales por el tratamiento medicamentoso se presentaron en el 22.2%. Las enfermedades concomitantes se presentaron en el 27.8%. Los hábitos nocivos se presentaron en el 33.3%. (26)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Tuberculosis

Es una enfermedad reemergente, la característica más importante que se le puede atribuir a la tuberculosis es que es infectocontagiosa, tiende a la cronicidad hasta tal punto de ser letal, por lo tanto, sus aspectos microbiológicos e inmunológicos le catalogan como una de las enfermedades más relevantes del tiempo. (27)

Vale recalcar que es causada por una bacteria que afecta a los pulmones casi siempre, pero puede afectar cualquier órgano, esta bacteria se llama Mycobacterium Tuberculosis. La tuberculosis pulmonar actualmente es curable y prevenible. (28)

Epidemiología

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que se tiene como primera causa a nivel mundial de muerte, incluso encima del VIH-SIDA, por más que a diferencia de la

última enfermedad, la TBC cuenta con técnicas de diagnósticos sencillos y con tratamientos eficaces. El tercio de la población mundial tiene TBC, se estima que 9 millones enferman anualmente y que fallecen aproximadamente 2 millones anuales. (27)

En el 2016 a nivel mundial se estima que contrajeron TB 10.4 millones de personas donde: un 90% eran adultos, de las cuales el 65% eran de sexo masculino y un 10% de ellos correspondían a personas con VIH. Se estima que la Tasa mundial de mortalidad por cada 100 000 habitantes disminuyó un 37% entre los años 2000 al 2016, calculándose que se evitó un aproximado de 53 millones de muertes. (27)
A nivel de Sudamérica, la mayor incidencia se concentra en primer lugar en Brasil y en segundo lugar en el Perú. En Perú, el año 2017 se notificó 31, 504 casos de TB, siendo la incidencia estimada de 116.4 por cada 100 000 habitantes y una incidencia notificada de 86.4 por cada 100 000 habitantes peruanos y una tasa de mortalidad y letalidad de 3.7 por cada 100 mil habitantes. (5)
La Tuberculosis afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. (19)

Etiología

La bacteria que ocasiona la tuberculosis (Mycobacterium Tuberculosis), posee morfología variable, es de aspecto bacilar, no forma esporas, no posee flagelos, ni capside, su diámetro esta entre los 0.2 – 0.6 um y su longitud de 1.0 a 10 um.
Se consideran bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) sobre su base tintorial. Son descritas como gran positivos débiles por las cuales rara vez se tiñen con tinción Gram, el lento metabolismo que poseen hace que se requiera más de 7 días para su cultivo en medios sólidos. Por último, el género de Mycobacterium nos brinda sus propiedades inmunológicas al realizar serología. (27)

Mecanismo de Patogenicidad

Hacemos referencia a patogenicidad a la capacidad de producir enfermedad, el microorganismo tendrá que pasar por una serie de sucesos hasta poder conseguirlo, que va desde su ingreso al organismo vivo, multiplicándose dentro de él, específicamente de forma intracelular en los macrófagos, la persona inmunocompetente será el que haga enfermedad. (27)

Patogenesis

La infección por tuberculosis o el contagio, empieza por pequeñas gotas que contienen bacilos ("gotas de Flugge"), que son expectoradas por personas con TBC, al estar en el aire se evaporan quedando el núcleo del bácilo y pudiendo ser inhalados por personas que están cerca, en contacto constante, o en ambientes cerrados poco ventilados. (19)

El contagio de TBC de personas infectadas a sanas es en promedio de 10 – 15 personas, de la cuales 1 de cada 10 desarrolla TBC pulmonar. La inhalación no es la única vía de contagio, también se infecta por ingreso mediante el tracto gastrointestinal hasta alcanzar los pulmones, pero es poco frecuente. (27)

Una vez ubicado la bacteria en los bronquiolos y alveolos, es fagocitado por macrófagos, secundariamente, se inicia una etapa de simbiosis donde da lugar a la multiplicación intracelular (complejo macrófago-bacilos), generando más bacilos y capacitándose para su supervivencia. La defensa del hospedero desencadena una reacción inflamatoria intensa, liderado por neutrófilos y macrófagos, destruyendo aproximadamente un 50% de las micobacterias, el restante llega a los ganglios linfáticos, proliferando en ellas y generando adenopatías. (27)

Las micobacterias llegan a focalizarse en los tejidos debido a la alta respuesta inflamatoria inmunitaria, iniciando un estado alérgico de hipersensibilidad, la

destrucción de los complejos macrófagos-bacilos no es completa, se van acumulando desechos, generando necrosis en el centro de la lesión, dando lugar a la formación del granuloma caseoso, el cual es un ambiente anoxigenico inhibidor de multiplicación bacteriana. La enfermedad avanza debido a la licuefacción del nódulo caseoso, convirtiéndose en medio adecuado de crecimiento y diseminación de bacilos a nivel extracelular y nuevos tejidos orgánicos afectados. (27)

Cuadro Clínico

El cuadro clínico de una persona con tuberculosis suelen ser inespecíficas, ya sea de la forma pulmonar o extra pulmonar, cuenta con síntomas sistémicos generales y específicos de acuerdo a la localización. Un 85% aproximado de los caso de tuberculosis son pulmonares. Primordialmente para llegar a un diagnóstico de tuberculosis pulmonar, tendremos que realizar una adecuada historia clínica y de la mano con ayuda de exámenes auxiliares, siendo el pilar diagnóstico principal la confirmación bacteriológica y el hallazgo de granulomas caseificantes. (24)
Al establecer diagnóstico, estaremos frente a un caso sospechoso de TBC, el cual se caracterizará por presentar tos persistente con expectoración por más de 15 días, entre otros síntomas generales. El caso confirmado de TBC será mediante baciloscopia confirmatoria. (29)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Baciloscopia

Se trata de un examen directo en la cual se obtienen muestra de la expectoración del caso sospechoso o probable de TBC, se obtiene entre un 60-80% de confirmaciones, pero a diferencia del cultivo demanda más costo y tiempo. Posee cuatro pasos, las cuales son: recolección de la muestra, extendido, coloración y lectura. Y se llega a informar de la siguiente manera: (24)

- Negativo: No se conserva bacilos.

- Una cruz (+): Menos de 1 bacilo x campo en 100 campos examinados.
- Dos Cruces (++): De 1 a 10 bacilos x campo en 50 campos.
- Tres Cruces (+++): Más de 10 bacilos x campo en 20 campos.

Cultivo

El cultivo posee una sensibilidad aproximada del 90%, está indicada su realización cuando:
Existe sospecha en un paciente con BK negativo. Cuando la muestra sea paucibacilar, esté contaminada o se extrajo mediante procedimiento invasivos. Y finalmente cuando se obtiene un tejido mediante biopsia para cultivo. (24)

Tratamiento

Lo más importante en la cual un paciente con TBC inicie tratamiento es que simplemente la culmine, podemos tener dos tipos de terapias: (24)

- **Terapia psicosocial:** Tal vez a terapia más importante, ya que de ello depende el éxito o fracaso del tratamiento farmacológico, se trata de evitar la falta de adherencia e incumplimiento del tratamiento establecido, pero se forja brindando apoyo a nivel psicosocial mediante conocimiento de la enfermedad y motivación en ámbito laboral, familiar y social. (24)

- **Terapia farmacológica:** Son gratuitas a nivel nacional, siendo distribuidas por todo sistema de salud, está indicado tanto a niños como adultos. Los fármacos básicos de primera línea usados son: Isoniazida (H), Rifampicina (R), pirazinamida (Z), y etambutol (E). En la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis contamos con dos fases en el esquema inicial: (30)
  - **Primera Fase:** 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).
  - **Segunda Fase:** 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis).
  - **Duración:** 6 meses.

Y así se cuenta con tratamientos de acuerdo al grado de resistencia y tipo de TB pulmonar establecido.

2.2.2. La autoestima

La autoestima es la apreciación en forma de evaluación que una persona tiene sobre sí misma, culminando en una aprobación o desaprobación, ahí valora su importancia como persona, sus capacidades frente a retos de cumplimiento de actividades y logro de objetivos, valora también la posibilidad de alcanzar el éxito frente a una meta o incluso si es digno de esforzarse. Entonces "Autoestima" es un juicio personal. (23)

Cuando un persona valora el autoestima que posee, es capaz de conocerse e incluso mejorar asertivamente sobre sí misma, le brinda confianza, mayor estima, será capaz de conocer sus capacidades, fortalezas, debilidades y trabajar en ellas para ser mejor. (23)

Una de las características del Autoestima son las siguientes: (23)

- **Poder:** Es la habilidad de control e influencia sobre otros.
- **Significación:** Es la aceptación, el afecto, la atención que brindan terceros a uno mismo.
- **Capacidad:** Describe a la habilidad en realizar eficiente y eficazmente actividades que demandan logros.

Podemos clasificarlo también como Autoestima Baja, Media y Alta. (23)(24)

- **Autoestima Baja:** Se caracteriza por personas que no poseen la confianza suficiente para poder enfrentar adversidades, en las cuales un mínimo error lo consideran como fracaso total, teniendo sentimientos de derrota y siendo incapaces de salir por sí mismos.

- **Autoestima Media:** Este tipo de autoestima lo presentan las personas que poseen una confianza a medias, son capaces de enfrentar y esforzarse pero al tener una derrota se le es muy difícil superarlo para seguir adelante.

- **Autoestima Alta:** Son las personas que se encuentra lleno de valores y con capacidad de enfrentar adversidades sin rendirse, si obtienen una derrota lo superan adecuadamente y se preparan para seguir esforzándose. La toma decisiones que emplean en su vida hace que hagan lo correcto.

Cuando hablamos de pacientes con TB, es de suma importancia que sean considerados, que puedan formar parte tanto de conversaciones, reuniones, lo que interesa es su participación, ya sea con cualquier persona de la sociedad. Por lo tanto se puede pensar en una relación entre la Autoestima y la enfermedad, una enfermedad presente desmotiva y disminuye la autoestima de la persona, afecta en su propia identidad, en su autoimagen, haciendo que el enfermo sienta dependencia e incapacidad. El estigma y discriminación, es una causante de la perdida de la autoestima, va de la mano con la pobreza, irremediablemente estamos ante una sociedad jerarquizada en las cuales las personas enfermas de escasos recursos son fácilmente discriminadas y excluidas. Los paciente con tuberculosis se enfrentan a la misma realidad, es tan duro que la sociedad no te incluya, no te ayude y te discrimine, pero es aún más doloroso que tu propia familia te trate inmoralmente, ya sea por miedo o desconocimiento, generando daño irreparable. (23)

2.2.3. Adherencia al Tratamiento

Es el acto de cumplir el tratamiento terapéutico, incluye también las recomendaciones de salud que demanda cada paciente, como las citas correspondientes en los servicios de salud. Es de suma importancia hoy en día, ya que el adecuado cumplimiento favorece el éxito del mismo, lo que favorece en gran escala al paciente curado, a los servicios de salud y la economía que el Estado pone para brindar los fármacos correspondientes para cada peruano que lo necesite.

La adherencia al tratamiento fue definido y conceptualizado por Haynes, dice: "Conjunto de conductas en la que la persona enferma acepta ser parte del programa de tratamiento, seguidamente de cumplir continuamente las indicaciones que le brindan y evitando cualquier conducta de rechazo al tratamiento y adquiriendo conductas y estilos de vida saludables". (19)

La relación entre el personal de salud que establece con el paciente con tuberculosis es de suma importancia para la adherencia, se exige que sea de confianza, respeto, empatía y con una adecuada comunicación con manejo de información detallada, entendible que el paciente necesita, todo esto ayuda a su mejoría y a su cumplimiento.

2.2.4. Definición de Términos Básicos

- **Adherencia:** Acción de adherir o adherirse, cuando una persona muestra su conformidad con la idea u opinión de otro.

- **Autoestima:** Hace referencia al simple hecho en que una persona se da un valor en su vida, esta puede ser buena o mala.

- **Estigma:** Es cuando las personas da una señal peyorativa no física de otra, generando deshonra y un rechazo dentro de la sociedad.

- **Prevalencia:** Son las personas que conforman los casos nuevos pero antiguos, que se dieron en momento o periodo determinado.

- **Incidencia:** Hace referencia que en una población y periodo determinado de una enfermedad, aparecen casos nuevos.

- **Caso clínicamente compatible/caso sospechoso:** Refiere al síndrome clínicamente compatible.

- **Caso confirmado por laboratorio:** Es el confirmado por uno o más métodos de laboratorio que se encuentran entre los Criterios de Diagnóstico de Laboratorio.

- **Caso probable:** Es el caso clínicamente compatible/sospechoso con resultados obtenidos de laboratorio, que va de la mano con la clínica pero que no cumple con criterios de laboratorio confirmatorios.

- **Caso de tuberculosis:** Es la persona diagnosticada de tuberculosis este o no bacteriológicamente confirmado y al cual se le da tratamiento.

- **Tuberculosis Pulmonar:** Es una enfermedad de salud pública mundial, infecto-contagiosa, esta ocasionado por una bacteria llamada Mycobacterium Tuberculosis.

- **Abandono:** Hace referencia a los pacientes que renuncian al tratamiento específico de su enfermedad, ya sea de forma intencional y voluntaria.

- **Paciente en riesgo de abandono:** Es el paciente que presenta faltas en la continuidad de su tratamiento, de sus chequeos médicos.

- **Fracaso terapéutico:** Paciente que mantiene baciloscopias positiva hasta el cuarto mes de tratamiento o en dos controles sucesivos, después de un periodo de negativización de dos meses habiendo recibido tratamiento regular y supervisado.

- **Factor de abandono:** Hace referencia al debutante que contribuye al abandono de nuestro paciente, implica ámbito social.

- **Adherencia al tratamiento:** Es cuando los pacientes que poseen una adecuada información y a su vez una buena comprensión del tratamiento que tienen seguir, lo cumplen hasta conseguir el resultado positivo esperado.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

- **Hi1:** Existe relación significativa entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

  H01: No existe relación significativa entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- **Hi2:** Existe relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

  H02: No existe relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

- **Hi4:** Existe relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

H04: No existe relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Variable Independiente

- Nivel de Autoestima.

2.4.2. Variable Dependiente

- Adherencia al tratamiento.

2.4.3. Variables de Caracterización

- Tiempo de tratamiento antituberculoso.
- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.
- Estado civil.
- Grado de instrucción.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital II de Tingo María.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa, aplicada, clínica, transversal y descriptiva.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental relacional que hizo uso de la estadística descriptiva.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, relacional y transversal.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- **ÁREA DE ESTUDIO**
  La investigación se llevó a cabo en el Hospital II de Tingo María.

- **UNIDAD DE ANÁLISIS:**
  Pacientes con tuberculosis en tratamiento.

- **POBLACIÓN**

  La población considerada para el estudio estuvo conformada por los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Hospital ll de Tingo María, el cual contó con un total de 98 pacientes con tuberculosis pulmonar.

- **MUESTREO**

  No probabilístico por conveniencia.

- **MUESTRA**

  El tamaño de la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para poblaciones finitas, estableciendo un nivel de confianza del 95% y un error relativo del 1% obteniéndose como muestra a 97 pacientes con tuberculosis pulmonar, lo que permitió que esta muestra sea representativa, que proporcione resultados estadísticamente significativos con un adecuado grado de precisión.

- **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

  Para el cálculo de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2.N.p.q}{e^2(N-1) + z^2.p.q}$$

Dónde:

n: Es el tamaño de la muestra.

N: Es el tamaño de la población; comprendida por 98 usuarios con Tuberculosis Pulmonar que acuden a la ESN PCT del Hospital ll de Tingo María.

Z: Es él valor correspondiente *a* la distribución de Gauss igual a 1,96.

p: Proporción esperada de la característica a evaluar equivalente 0,5.

q: Es 1-P (Q=0,5).

e: Es el error de muestreo equivalente a 0,01.

Aplicando la fórmula tenemos lo siguiente:

$$\boldsymbol{n = \frac{(1.96)^2 . 98 . 0,5 . 0,5}{(0.01)^2(98-1) + (1.96)^2 . 0,5 . 0,5}}$$

$$\boldsymbol{n = \frac{94.1192}{0.9701}}$$

$\boldsymbol{n}$ **= 97** usuarios con tuberculosis.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con TBC pulmonar sin ninguna comorbilidad asociada.
- Ser parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.
- Pacientes con igual o más de un mes en tratamiento antituberculoso.
- Pacientes mayores de edad.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado).
- Paciente orientado en tiempo, espacio y persona.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no sea parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.
- Menores de edad.
- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no hable español.
- Pacientes que sufran alguna otra comorbilidad.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica aplicada fue la encuesta y/o la entrevista personal.
Los instrumentos que se utilizaron fue una ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario simple para obtener los datos generales del paciente, considerando: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, tiempo de tratamiento de la enfermedad, ocupación. (Anexo 1) y la utilización de la Ficha de la "Escala de Autoestima de Rosenberg" para evaluar el nivel de autoestima y la ficha con el "Test de Morisky Green" para evaluar adherencia al tratamiento.

La ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES), (Anexo 2) fue desarrollado por el psicólogo social Dr. Morris Rosenberg (1965), modificado, validado, aplicado y citado del estudio hecho por Espinoza A. y Olivera R. (23)

Es un instrumento que constó de 18 ítems, que va de Siempre, Casi siempre, Algunas veces y Nunca. Nueve de estos se han redactado de manera positiva y nueve de estos han sido redactados negativamente, el tiempo aproximado que tomó su resolución fue de 10 - 15 min, teniendo la siguiente calificación: (23)

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

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

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

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

Categorizando el puntaje total seria:

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

El Test de Morisky Green Levine (Anexo 2 - C), creado por el autor del mismo nombre del test, inicialmente fue desarrollado para valorar el cumplimiento al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en 1986, siendo luego valorado y validado por Val Jiménez en 1992 (31), desde entonces se usa para diferentes enfermedades. Y fue modificado y validado para una mejor compresión a la lectura de los pacientes en el estudio hecho por Morales H. (19)

El test de forma simple, consistió en preguntas enumeradas, cuatro en total, teniendo como respuesta el: Si o No, el cual fue obtenido durante la encuesta o la entrevista personal. (19)

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma todos los medicamentos indicados?
3. Cuándo se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?
4. Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?

Entonces se consideró como buena adherencia si responde: No/Sí/No/No, o si en caso utilizamos la variante de la segunda pregunta, que fue: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?, entonces la persona responde "NO", y todas las preguntas serían de respuesta: No/No/No/No. Esta modificación fue hecha por Val Jiménez en su estudio de la HTA. Y la mala adherencia fue considerada cuando el paciente tuvo una o más respuestas distintas a No/Si/No/No/ o si al menos existe un "Si" al utilizar la variante de la segunda pregunta. (19)

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se siguieron los siguientes pasos:

- Se realizaron las coordinaciones respectivas a través de la Dirección de Escuela Profesional de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali con las autoridades del Hospital II de Tingo María, el cual está establecido en el convenio específico de internado médico, así obtener permiso y llevar a cabo la ejecución del estudio de investigación.
- Se solicitó la autorización del director(a) ejecutivo y del Jefe de UADI (Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación), con el fin de obtener su apoyo y darle a conocer los objetivos del trabajo de investigación.
- Las personas a participar tuvieron conocimiento de su consentimiento informado para el presente estudio (Anexo 3).
- Los instrumentos aplicados a los pacientes con TBC pulmonar, contaron con confidencialidad y respeto del anonimato.
- Se realizó inicialmente una inducción de los objetivos y la importancia del trabajo de investigación.
- Se encuestó a los pacientes, el desarrollo de los instrumentos tuvo una duración de 5 a 10 minutos por paciente.

Obtenido la aplicación de los instrumentos se comenzó la tabulación, para su posterior análisis.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación y el análisis estadístico de los datos se realizaron mediante ordenamiento y codificación mediante el programa SPSS versión 25, donde fueron registrados y analizados.

Descriptivo: Se utilizaron tablas simples y de doble entrada, cifras absolutas y relativas, figuras para representar los resultados. Se contó con el software EXCEL 2018.

Inferencial: Se aplicaron los criterios de Chi2 (ji cuadrado) como prueba estadística de independencia, determinando así la relación de las variables con un nivel de significancia de $p<0.05$. (0.05 y 95% de confiabilidad).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis

Factores sociodemográficos		Frecuencia (n=97)	Porcentaje %
Edad por etapas	18-30	45	46,4%
	31-50	42	43,3%
	51-70	10	10,3%
Sexo	Hombre	57	58,8%
	Mujer	40	41,2%
Estado Civil	Soltero	35	36,1%
	Conviviente	45	46,4%
	Casado	12	12,4%
	Separado	1	1,0%
	Divorciado	0	0,0%
	Viudo	4	4,1%
Nivel Educativo	No escolarizado	2	2,1%
	Primaria	2	2,1%
	Secundaria	56	57,7%
	Superior	37	38,1%
Tratamiento Antituberculoso	1 mes a 6 meses	63	64,9%
	7 meses a 12 meses	33	34,0%
	13 meses a 20 meses	1	1,0%
Ocupación	No trabaja	36	37,1%
	Trabajador Independiente	37	38,1%
	Trabajador Dependiente	24	24,7%

Fuente: Registro del programa.

En la tabla 1, podemos observar que en relación a la edad el mayor porcentaje 46.4% de pacientes tuvo entre 18 y 30 años, y menores o iguales a 50 años suma el 90%, en relación al sexo predominan los varones con el 59%, el 46% fueron convivientes, el 58% tuvieron nivel educativo secundario, el 65% tuvieron tratamiento antituberculoso al menos por 6 meses y el 38% fueron trabajadores independientes junto a un 37% que no trabaja.

Tabla 2. Factores sociodemográficos y nivel de adherencia al tratamiento.

Factores sociodemográficos		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
		Buena adherencia	%	Mala adherencia	%	Total	%
Edad por etapas	18-30	31	31,96%	14	14,43%	45	46,4%
	31-50	21	21,25%	21	21,65%	42	43,3%
	51-70	3	3,09%	7	7,22%	10	10,3%
Sexo	Hombre	34	35,05%	23	23,71%	57	58,8%
	Mujer	21	21,65%	19	19,59%	40	41,2%
Estado Civil	Soltero	24	24,74%	11	11,34%	35	36,1%
	Conviviente	26	26,80%	19	19,59%	45	46,4%
	Casado	4	4,12%	8	8,25%	12	12,4%
	Separado	1	1,03%	0	0,0%	1	1,0%
	Divorciado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Viudo	0	0,0%	4	4,12%	4	4,1%
Nivel Educativo	No escolarizado	0	0,0%	2	2,06%	2	2,1%
	Primaria	2	2,06%	0	0,0%	2	2,1%
	Secundaria	28	28,87%	28	28,87%	56	57,7%
	Superior	25	25,77%	12	12,37%	37	38,1%
Tratamiento Anti-tuberculoso	1 mes a 6 meses	37	38,14%	26	26,80%	63	64,9%
	7 meses a 12 meses	17	17,53%	16	16,49%	33	34,0%
	13 meses a 20 meses	1	1,03%	0	0,0%	1	1,0%
Ocupación	No trabaja	21	21,65%	15	15,46%	36	37,1%
	Trabajador Independiente	17	17,53%	20	20,62%	37	38,1%
	Trabajador Dependiente	17	17,53%	7	7,22%	24	24,7%

Fuente: Registro del programa.

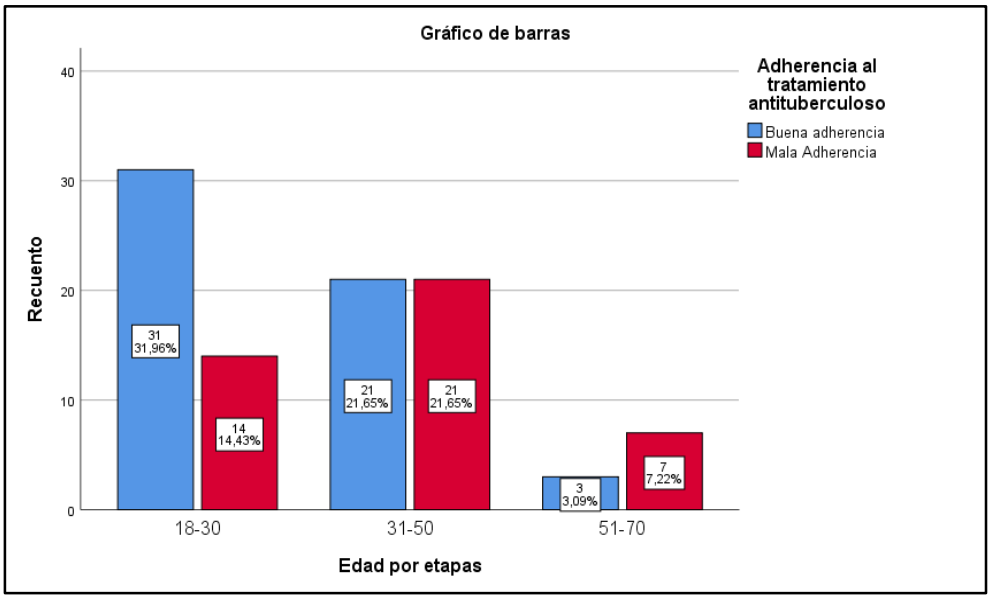
En la tabla 2, podemos observar que entre las edades de 18 a 30 años hay el mayor porcentaje de adherencia 32%, el más alto porcentaje de mala adherencia se encontró entre los 31 a 50 años con el 22%; el mayor porcentaje de buena adherencia estuvo entre los hombres con el 35% y mala adherencia con el 24%; los convivientes tuvieron mejor adherencia con el 27%, y la mala adherencia entre los convivientes llegó al 20%. En relación al nivel educativo los pacientes con nivel secundario tuvieron el más alto porcentaje de buena y mala adherencia con el 29%, los pacientes que ya habían recibido tratamiento por 6 meses tuvieron mejor adherencia con un 38% y mala adherencia con el 27%, los pacientes que no trabajan tuvieron una mejor adherencia con un 22% y los trabajadores independientes tuvieron el más alto porcentaje de mala adherencia con el 21%.

Tabla 3. Pruebas ji cuadrado que relaciona edad con la adherencia al tratamiento.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,395[a]	2	,041
Razón de verosimilitud	6,483	2	,039
Asociación lineal por lineal	6,327	1	,012
N de casos válidos	97		

Fuente: Registro del programa.

La tabla 3, muestra un valor de ji cuadrada de 6.395 valor por encima del valor crítico de 5.9915 para 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.041 por debajo del valor crítico; lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna de la relación entre la edad y el nivel de adherencia al tratamiento para la tuberculosis con un error de 0.0001 y considerando la lineal por lineal con un error de 0.041.(4.1%).



Fuente: Archivos del programa.

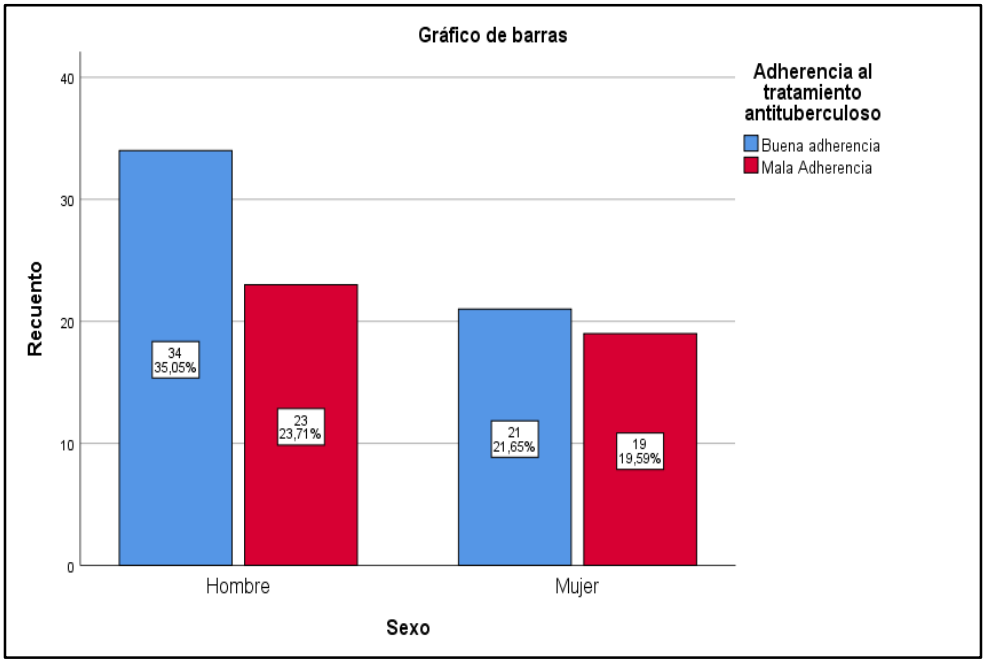
Gráfico 1. Relación entre la edad y la adherencia al tratamiento para la tuberculosis.

Tabla 4. Pruebas ji cuadrado que relaciona el sexo del paciente con la adherencia al tratamiento para la tuberculosis.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,489[a]	1	,484		
Corrección de continuidad	,241	1	,623		
Razón de verosimilitud	,489	1	,485		
Prueba exacta de Fisher				,536	,311
Asociación lineal por lineal	,484	1	,486		
N de casos válidos	97				

Fuente: Archivo del programa.

La tabla 4, muestra un valor de ji cuadrada de 0.489 valor por debajo del valor crítico de 3.8415 para un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.484 por encima del valor crítico; lo que nos permite aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna de la relación entre sexo y adherencia al tratamiento con un error de 0.484 (48.4%).



Fuente: Registros del programa.

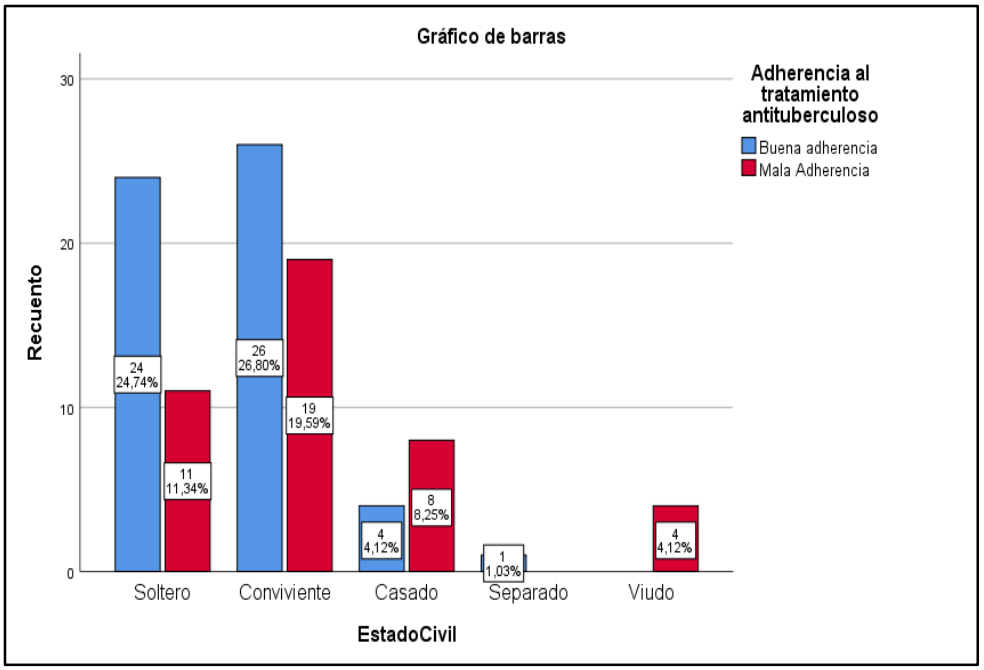
Gráfico 2. Relación entre el sexo y la adherencia al tratamiento.

Tabla 5. Pruebas de ji cuadrado que relaciona el estado civil con la adherencia al tratamiento.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,701[a]	4	,030
Razón de verosimilitud	12,583	4	,014
Asociación lineal por lineal	8,080	1	,004
N de casos válidos	97		

Fuente: Registros del programa.

La tabla 5, muestra un valor de ji cuadrada de 10.701 valor por encima del valor crítico de 9.4877 para 4 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.030 por debajo del valor crítico; lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna de la relación entre el estado civil y el nivel de adherencia al tratamiento para la tuberculosis con un error de 0.030 (3%).



Fuente: Registros del programa.

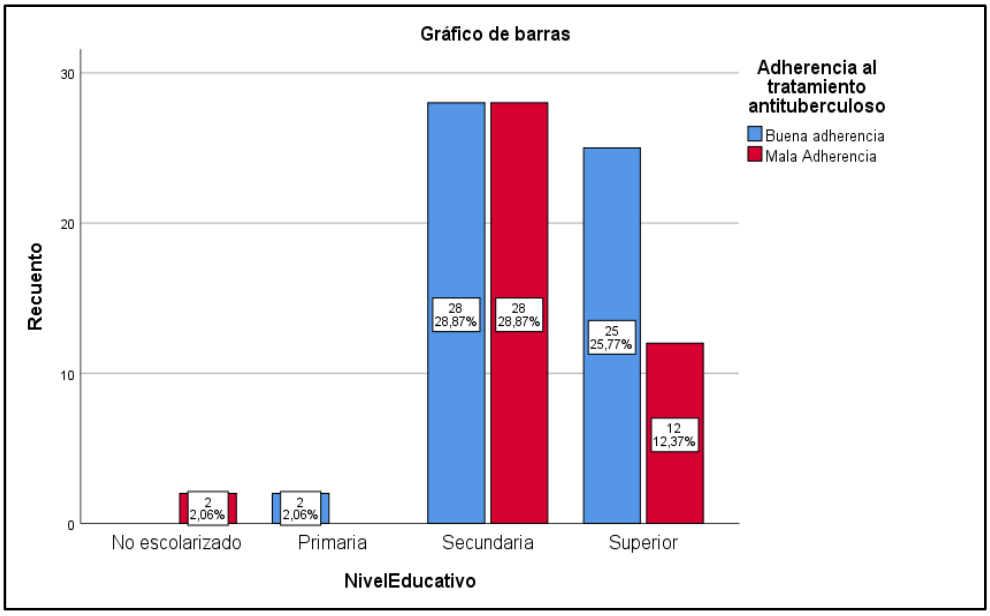
Gráfico 3. Relación entre el estado civil y la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis.

Tabla 6. Pruebas de ji cuadrado que relaciona el nivel educativo y la adherencia al tratamiento antituberculoso.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,950[a]	3	,074
Razón de verosimilitud	8,464	3	,037
Asociación lineal por lineal	3,196	1	,074
N de casos válidos	97		

Fuente: Archivos del programa.

La tabla 6, muestra un valor de ji cuadrado de 6.950 valor por debajo del valor crítico de 7.8147 para 3 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.074 por encima del valor crítico; lo que nos permite aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna de la relación entre nivel educativo y la adherencia al tratamiento por el nivel de error de 0.074. (7.4%).



Fuente: Registro del programa.

Gráfico 4. Relación entre el nivel educativo y la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis.

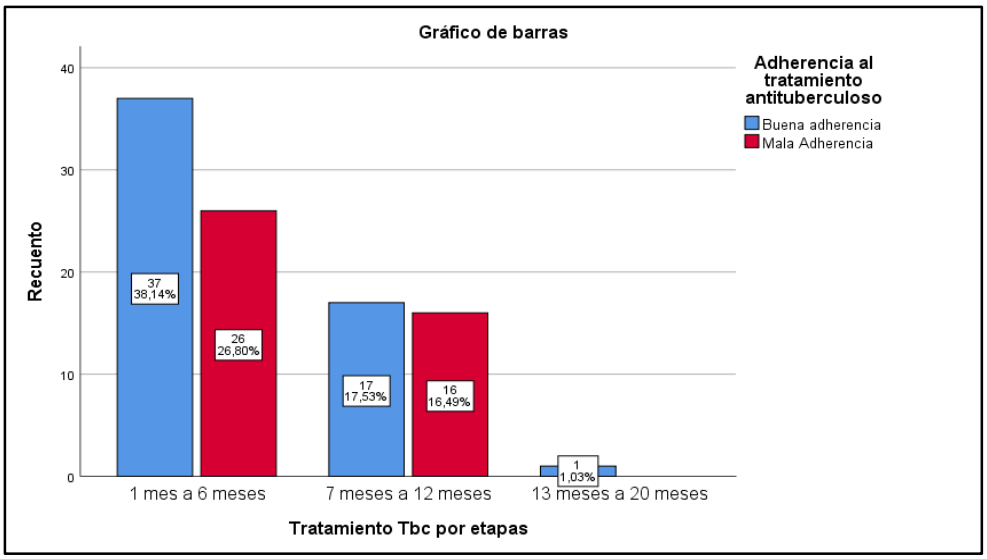
Tabla 7. Pruebas de ji cuadrado que relaciona el tiempo de tratamiento antituberculoso y la adherencia al tratamiento.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,231[a]	2	,540
Razón de verosimilitud	1,600	2	,449
Asociación lineal por lineal	,118	1	,731
N de casos válidos	97		

.

Fuente: Registro del programa.

La tabla 7, muestra un valor de ji cuadrado de 1.231 valor por debajo del valor crítico de 5.9915 para 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.540 por encima del valor crítico; lo que nos permite aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna de la relación entre tiempo de tratamiento antituberculoso y la adherencia al tratamiento por el nivel de error de 0.540 (54%).



Fuente: Registro del programa.

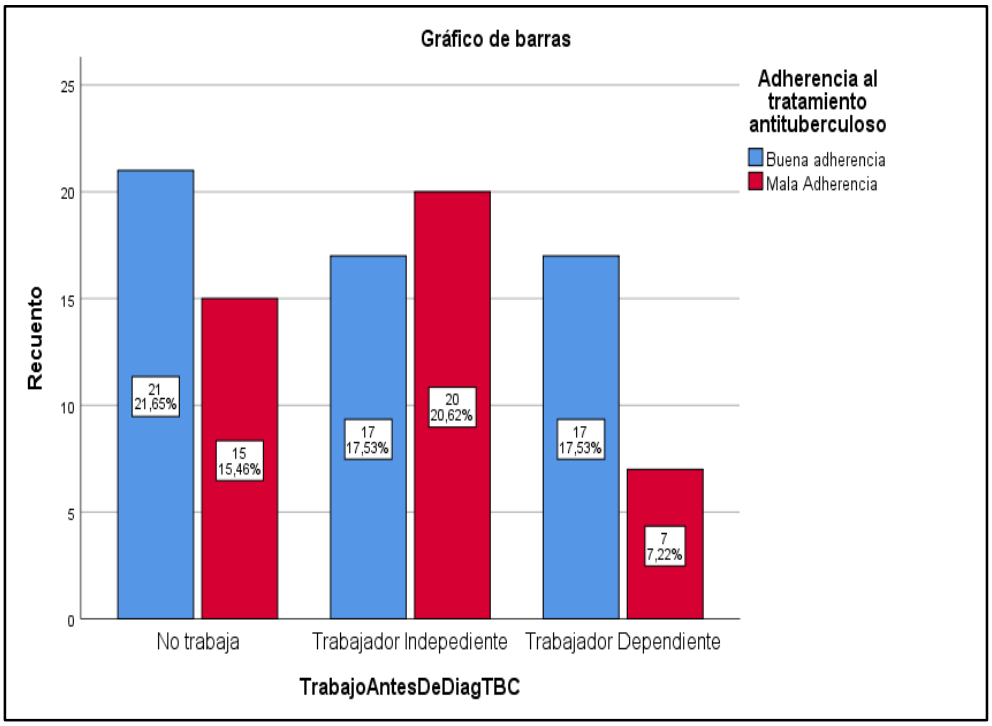
Gráfico 5. Relación entre el tiempo de tratamiento antituberculoso y la adherencia al tratamiento.

Tabla 8. Prueba de ji cuadrado que relaciona la ocupación con la adherencia al tratamiento.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,735[a]	2	,155
Razón de verosimilitud	3,797	2	,150
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462
N de casos válidos	97		

Fuente: Registros del programa.

La tabla 8, muestra un valor de ji cuadrado de 3.735 valor por debajo del valor crítico de 5.9915 para 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.155 por encima del valor crítico; lo que nos permite aceptar la hipótesis nula y rechazar la hipótesis alterna de la relación entre la ocupación y la adherencia al tratamiento por el nivel de error de 0.155 (15.5%).



Fuente: Registros del programa.

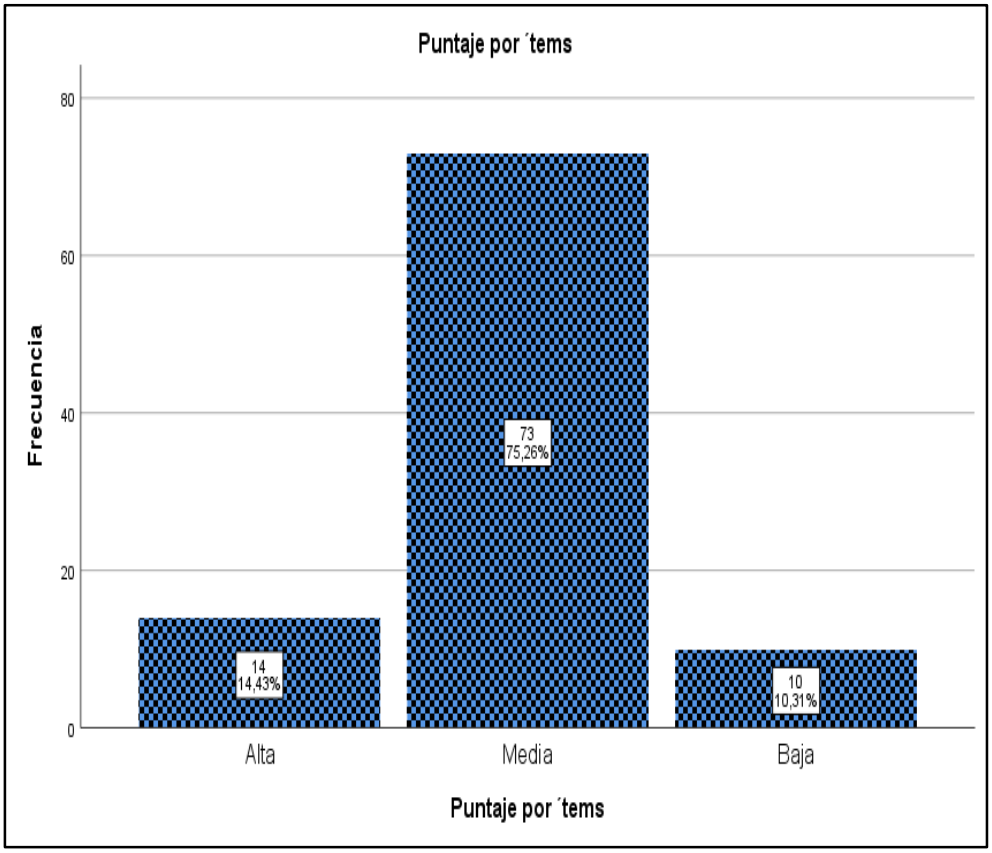
Gráfico 6. Relación entre la ocupación y la adherencia al tratamiento.

Tabla 9. Nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

Nivel de autoestima	Frecuencia fi	Porcentaje %
Alta	14	14,4
Media	73	75,3
Baja	10	10,3
Total	97	100,0

Fuente: Registros del programa.

En la tabla 9, se observa que la autoestima media llegó a 75%, la autoestima alta 14% y la autoestima baja 10%.



Fuente: Registro del programa.

Gráfico 7. Relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento.

Tabla 10. Relación entre el nivel de autoestima más frecuente y la adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

Autoestima		Adherencia al tratamiento antituberculoso		
		Buena Adherencia	Mala Adherencia	Total
Alta	Recuento	10	4	14
	% dentro por ítems	71,4%	28,6%	100,0%
Media	Recuento	39	34	73
	% dentro por ítems	53,4%	46,6%	100,0%
Baja	Recuento	6	4	10
	% dentro por ítems	60,0%	40,0%	100,0%
Total	Recuento	55	42	97
	% dentro por ítems	56,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Registros del programa.

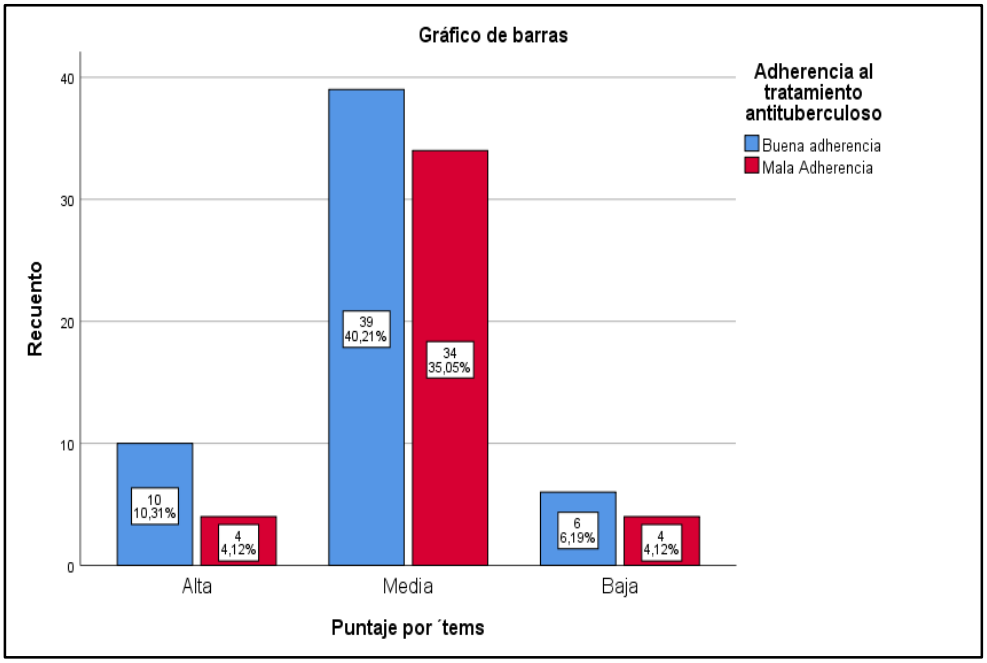
En la tabla 10, podemos observar que el nivel de autoestima alto se relaciona con un 71% de buena adherencia, y 29% de mala adherencia. La autoestima media se asocia a 53% de buena adherencia y 47% de mala adherencia y la autoestima baja se asocia el 60% a buena adherencia y el 40% a mala adherencia.

Tabla 11. Pruebas de ji cuadrado que relaciona el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento.

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	69,711[a]	2	,034
Razón de verosimilitud	65,271	2	,029
Asociación lineal por lineal	5,367	1	,021
N de casos válidos	97		

Fuente: Registro del programa.

La tabla 11, muestra un valor de ji cuadrado de 69.711 valor por encima del valor crítico de 5.9915 para 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 (5% de error), con un p valor de 0.034 por debajo del valor crítico; lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna de la relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento con un nivel de error de 0.034 (3.4%).



Fuente: Registro del programa.

Gráfico 8. Relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento.

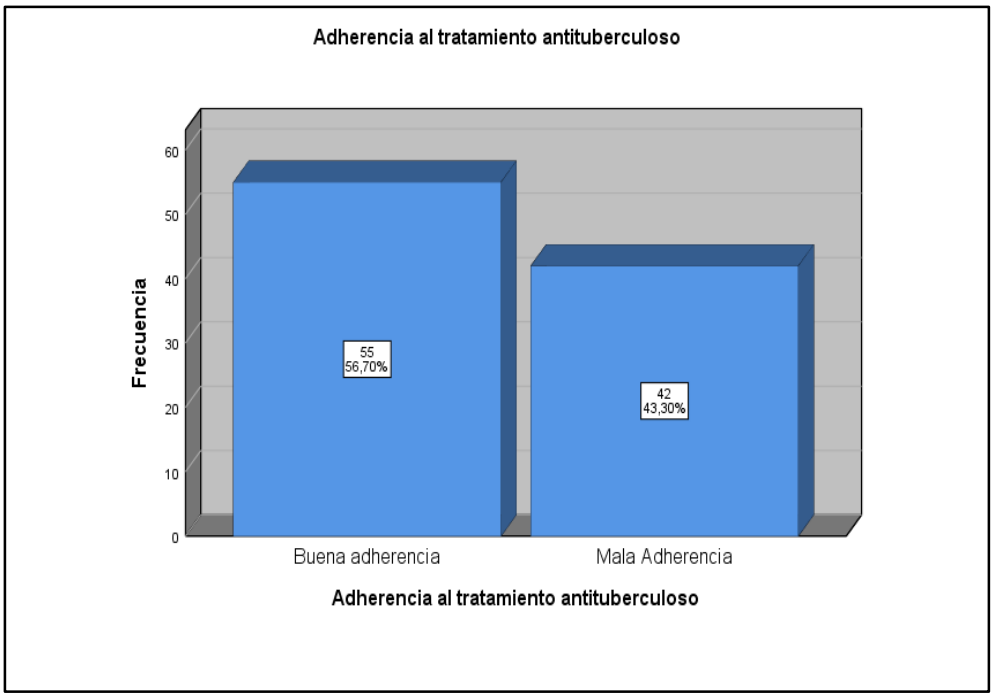
Tabla 12. Nivel de adherencia al tratamiento, en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

	Grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar	
	Frecuencia	**Porcentaje**
Buena adherencia	55	56,7
Mala Adherencia	42	43,3
Total	97	100,0

Fuente: Registro del programa.

La tabla 12, resume el nivel de adherencia, el 57% (55) tuvieron una buena adherencia al tratamiento y el 43% mala adherencia al tratamiento.

.



Fuente: Registros del programa.

Gráfico 9. Adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

4.2. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1) en el 2016 refiere que la cifra estimada de personas que contrajeron TB fue de 10,4 millones: el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH. Al disminuir en un 3% la tasa de mortalidad anual y al lograr una reducción del 37% entre el 2000 al 2016 el impacto fue muy importante ya que se evitó 53 millones de muertes por tuberculosis, gracias al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (1). En América Latina se diagnostica 273 574 casos y cabe destacar que el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en primer lugar en Brasil y en segundo lugar en Perú. De igual forma, el 90% de los casos de TB-RR/MDR estimados se encuentran en 10 países del continente Americano, de las cuales Perú y Brasil concentran el 51% de los casos estimados (2). En el año 2016 el Perú reportó 29,733 casos de tuberculosis y en el año 2017 notificó 31.504 y 37,000 casos estimados de tuberculosis (TB), siendo la tasa de incidencia estimada de TB de 116.4 por cada 100 000 habitantes y la incidencia notificada de TB de 86.4 por cada 100 000 habitantes peruanos. La tasa de morbilidad que presenta es de 99 por cada 100 000 habitantes, así mismo presentando una tasa de mortalidad y letalidad de 3.7 por cada 100 000 habitantes (3)(5). Los casos estimados de TB-MDR en el Perú en el año 2016 es de 3500, siendo un aumento de gran impacto con respecto a los años anteriores, 300 casos estimados nuevos fue el aumento en el 2016 con respecto al 2015 que presentó 3200, y vale mencionar que en el 2011 se contaba 2100 casos estimados de TB-MDR. (3)(5)

Con relación a los hallazgos de nuestra investigación hay cierta discordancia con Aubid Allah K en Pakistán el 2017 (10) quien encontró relación de la adherencia al tratamiento con el nivel educativo Nosotros solo encontramos relación con la edad y el estado civil. Los otros factores sociodemográficos se expresaron de la siguiente manera: el grupo etario más afectado estuvo entre 18 a 30 años con el 46.4%, los varones fueron los más afectados con el 58.8%, el estado civil conviviente con el 46.4%, mayor porcentaje de pacientes con nivel secundario que alcanzó al 57.7%,

con un periodo de tratamiento de 1 a 6 meses alcanzó a un porcentaje de 64.9%, trabajadores independientes fueron el 38.1% y no trabajaban el 37.1%.
Se observa algunas concordancias con autores españoles como Gallardo Q en Alicante España el 2016 (11), quien encuentra que el 45.5% no iniciaron tratamiento antituberculoso por la edad, relación social e induración de la prueba de tuberculina. Culqui L en España el 2016 (12) encontró que el mayor porcentaje de abandono del tratamiento fue en el sexo masculino, pobreza, al sentirse mal, abandono previo y consumo de drogas en nuestro caso la mayoría de casos fue de sexo masculino.

Con relación a la autoestima se encontró mayor coincidencia con estudios nacionales como con las investigaciones de Negrete U en Lima el 2013 (24), Maza C (9) y Gomero de la Cruz C (23) quienes encontraron un 77% de nivel de autoestima medio a bajo; en nuestro caso encontramos que los pacientes con nivel de autoestima medio fueron la mayoría alcanzando el 75.3%, nivel de autoestima alto 14.4%, y nivel de autoestima bajo 10.3%, existiendo relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 69.711 y p 0.034.

Con respecto a la adherencia existe algún grado de coincidencia con Espinoza A y Olivera R en Chimbote (22) encontraron un grado de adherencia del 66.7%, algo similar a Miñano J y Vilca R (21) en nuestro caso encontramos: que el grado de adherencia fue bueno en el 56.7% y mala adherencia en el 43.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

CONCLUSIONES

1. El grupo etario más afectado estuvo entre 18 a 30 años con el 46.4%, los varones fueron los más afectados con el 58.8%, el estado civil conviviente con el 46.4%, mayor porcentaje de pacientes con nivel secundario que alcanzó al 57.7%, con un periodo de tratamiento de 1 a 6 meses alcanzó a un porcentaje de 64.9%, trabajadores independientes fueron el 38.1% y no trabajaban el 37.1% de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

2. Se encontró relación entre edad y adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 6.395 y p 0.041, también se encontró relación estadísticamente significativa entre estado civil y el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso con un valor de ji cuadrado de 10.701 y p 0.030, con el resto de factores sociodemográficos: sexo, nivel educativo, tiempo de tratamiento y ocupación no se encontró relación en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

3. Los pacientes con nivel de autoestima medio fueron la mayoría alcanzando el 75.3%, nivel de autoestima alto 14.4%, y nivel de autoestima bajo 10.3% de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

4. Existe relación entre el nivel de autoestima y la adherencia al tratamiento con un valor de ji cuadrado de 69.711 y p 0.034, en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

5. Con relación al grado de adherencia fue bueno en el 56.7% y mala adherencia en el 43.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

RECOMENDACIONES

1. Se debe intervenir con estrategias preventivas enfocadas en el grupo etario más afectado entre 18 a 30 años, con participación activa de los varones, de cualquier estado civil y considerando a los alumnos del nivel secundario, trabajadores independientes y los desempleados.

2. Se debe considerar la edad y el estado civil cuando se realice actividades de sensibilización sobre adherencia al tratamiento antituberculoso. También tener en cuenta, los otros factores sociodemográficos en investigaciones posteriores con muestras de mayor tamaño.

3. Realizar intervenciones para elevar el nivel de autoestima de la población ya que solo tuvieron un nivel de autoestima alto el 14.4%, el resto medio y bajo, porque el nivel de autoestima tiene influencia en un sin número de actividades humanas.

4. Es necesario el apoyo psicológico para los pacientes con tuberculosis para elevar su autoestima y garantizar la adherencia al tratamiento, evitando la resistencia a los antibióticos.

5. Debemos apoyar a los pacientes con tuberculosis y llevar a cabo estrategias para administrar el tratamiento directo en boca ya que el grado de adherencia fue bueno en el 56.7% y mala adherencia en el 43.3% de pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Sinopsis del Informe mundial sobre la tuberculosis 2017 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 2018 Nov 03]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

2. Estrategia Fin de la TB: Principales Indicadores de las Américas [Internet]. OPS/OMS. 2018. [citado 2018 Nov 03]. Disponible en: www.paho.org/tuberculosis

3. Situación del Control de la Tuberculosis en las Américas [Internet]. OPS/OMS. 2018. [citado 2018 Nov 03]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=presentations-5878&alias=44089-world-tuberculosis-day-2018-tb-control-situation-americas-spanish-only-089&Itemid=270&lang=en

4. Dirección Regional de Salud de Ucayali. Dirección de Epidemiologia. Análisis Situacional de Salud de Ucayali [ASIS]. Enfermedades Sujetas a Vigilancia. Tuberculosis. 2016. p. 83- 85.

5. Ríos Vidal J. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). DGIESP-MINSA. 2018. [Internet] [citado 2018 Nov 03]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf

6. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [Internet]. Who.int. 2013 [citado 2018 Nov 14]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/

7. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a TB en el Perú (PEM-TB). [Internet] [Citado 2018 Nov 14]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/newtb/materiales/PEM_TB.pdf

8. Ugarte-Gil César Augusto. Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. Acta méd. Peruana. [Internet]. 2009 Ene [Citado 2018 Nov 14]; 26(1): 55-57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100012

9. Maza C., Tapia M. Apoyo social y nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del centro de salud Yugoslavia. 2015. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional del Santa. Facultad de Ciencias de la Salud, 2015. [Internet]. [Citado 2018 Nov 14] Disponible en: http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2784

10. Aubid Allah Khan, Naveed Akhtar, Asadullah Madni, Nayab Tahir, Mubashar Rehman, Ahmed Raza y Aurangzeb Qadir. Restricciones socioeconómicas encontradas por pacientes de TB que llevaron a no cumplimiento- un estudio secreto transversal en Punjab del Sur, Pakistán. Acta Poloniae Pharmaceutica-Drug Research, Vol. 74 No. 3 pp. 995-1000, 2017. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29513970

11. Carmen R. Gallardo Quesada. Evidencias Científicas sobre el control de la tuberculosis. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Autónoma de Barcelona, UAB, 2016. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10803/382810

12. Culqui Lévano Dante R. Epidemiología de la Tuberculosis: Características del Abandono de Tratamiento, Hospitalizaciones y Tuberculosis Extrapulmonar. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina Humana, 2016. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1544967

13. Horter S., Stringer B., Greig J., Amangeldiev A., Tillashaikhov MN., Parpieva N., Tigay Z., du Cros P. Donde hay esperanza: un estudio cualitativo que examine la adherencia de los pacientes al tratamiento de la tuberculosis multirresistente en Karakalpakstan, Uzbekistán. BMC Infect Dis. 2016 28 de julio; 16: 362. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27465783

14. Kibrisli E, Bez Y, Yilmaz A, Aslanhan H, Taylan M, Kaya H, Tanrikulu AC, Abakay O. Alta ansiedad social y mala calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar. Medicina (Baltimore). 2015 Ene; 94 (3): e413. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25621689

15. Cremers AL., de Laat MM., Kapata N., Gerrets R., Klipstein-Grobusch K., Grobusch MP. Evaluación de las consecuencias del estigma para pacientes con tuberculosis en

zonas urbanas de Zambia. PLoS One. 2015 Mar 25; 10(3):e0119861. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25806955

16. Feng D., Xu L. La relación entre la discriminación percibida y la angustia psicológica entre los pacientes chinos con tuberculosis pulmonar: el papel moderador de la autoestima. Psychol Health Med. 2015; 20 (2): 177-85. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243362

17. Kuznetsov, VN, Grjibovski, AM, Mariandyshev, AO, Johansson, E., Enarson, DA, y Bjune, GA (2013). La desesperanza como base para el retraso en el diagnóstico de la tuberculosis en la región de Arkhangelsk: Un estudio de teoría fundamentada. BMC salud pública, 13, 712. doi: 10.1186 / 1471-2458-13-712. [Internet]. [Citado 2018 Nov 18]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23915339

18. Zekariyas Sahile Nezenega, Yohannes H. Michael Gacho, Tadese Ejigu Tafere. Satisfacción del paciente con el servicio de tratamiento de la tuberculosis y el cumplimiento del tratamiento en los establecimientos de salud pública de la zona de Sidama, sur de Etiopía. BMC Health Serv Res. 2013; 13: 110. [Citado 2018 Nov 18].

19. Morales H. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la red Almenara de Essalud-Lima, año 2015. [Tesis para optar grado de Médico Cirujano]. Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana, 2015.

20. Meza-Condezo W, Peralta-Pumapillo A, Quispe-Gómez F, Cáceres-Bellido Fermín E. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la microred la Palma, Ica 2017. Rev méd panacea. 2018; 7(1): 22-27.

21. Miñano, S. Vilca R. Funcionamiento familiar y autoestima asociado al cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud Yugoslavia. [Tesis de grado]. Universidad privada San Pedro, Perú-Nuevo Chimbote, 2013.

22. Espinoza A. y Olivera R. Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud El Progreso. Chimbote, 2014. [Tesis de grado]. Perú-Chimbote: Universidad Nacional del Santa. 2015. [Internet]. [Citado 2018 Nov 28]. Disponible en:

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

23. Gomero de la Cruz, C., Gonzales Palacios, N., Subelete Auccacusi, E. Clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fé 2013. [Tesis de grado]. Perú-Chimbote: Universidad Nacional del Callo. Facultad de Ciencias de la Salud, 2013.

24. Negrete A. Autoestima y Actitudes al tratamiento de los pacientes de 15 a 49 años con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Micaela Bastidas 2011. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Ricardo Palma. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, 2013.

25. Maldonado Alvarado A. y Lozano Ruiz L. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente en el hospital regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. [Tesis para optar grado de Médico Cirujano]. Perú-Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali. Facultad de Medicina Humana, 2016.

26. Leveau F. Factores que influyen en el abandono del tratamiento para Tb MDR en Pacientes que acuden al programa de tuberculosis en el Hospital ll Essalud, Pucallpa – Ucayali 2013 – 2017. [Tesis para optar grado de Médico Cirujano]. Perú-Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali. Facultad de Medicina Humana, 2018.

27. García G., Cervantes G. y Reyes T. (2016). *Tuberculosis, un desafío del siglo XXI*. Facultad de Medicina, UNAM. [Internet] [Citado 2018 Diciembre 20]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt162g.pdf

28. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Internet] [Citado 2018 Diciembre 20]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis

29. Huansi Panduro L. Cuidados de enfermería en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Enfermería. 2017.

30. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. NTS N°104-MINSA/DGSP V.01.

31. Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández M, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria; 1992; 10(1): 767-70.

32. Mateo Gonzales, Pilar Rosario. Relación entre el conocimiento y actitud hacia la aplicación de medidas preventivas de tuberculosis en familias de pacientes atendidos en la estrategia sanitaria de control de tuberculosis en el Hospital de Tingo María – 2017 [pregrado]. Universidad de Huánuco. 2018. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1040/T047_47526530_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXO

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTOS
Problema Principal: ¿Cuál es la relación entre el Nivel de autoestima y adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019? **Problemas Secundarios:** ¿Qué características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento antituberculoso y ocupación presentan los	**Objetivo General** Determinar la relación entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. **Objetivos Específicos** Establecer las características sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento antituberculoso y ocupación de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María	**Hipótesis General** Hi1: Existe relación significativa entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. H01: No existe relación significativa entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. **Hipótesis Específicas:** **Hi2**: Existe relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.	**Variable Independiente** Nivel de Autoestima. **Variable Dependiente** Adherencia al Tratamiento. **Variables de Caracterización** - Edad. - Sexo.	**Tipo y nivel de estudio** Cuantitativo, Transversal Analítico Descriptivo **Diseño** No experimental. **Población** La población estuvo conformada por los Pacientes con tuberculosis pulmonar tratados en el Hospital II de Tingo María durante el periodo	**Cuestionario** Ficha de recolección de datos. Ficha de la “Escala de Autoestima de Rosenberg”. Ficha con el “Test de Morisky Green” **Procesamiento y Análisis de datos** Tabulación. Representación estadística. Análisis e interpretación de datos.

pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019? ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019? ¿Cuál es el nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?	durante el periodo julio a diciembre del 2019. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. Establecer el nivel de autoestima más frecuente en los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. Determinar la relación entre la autoestima y adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. Determinar el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis	**H02**: No existe relación de los factores sociodemográficos con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. **Hi4**: Existe relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019. **H04**: No existe relación entre la autoestima baja y la mala adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.	- Tiempo de tratamiento de la enfermedad. - Estado civil. - Grado de instrucción. - Ocupación. .	julio a diciembre del 2019. **Muestra:** 97 Pacientes que tuvieron diagnóstico de tuberculosis sin ningún otro tipo de comorbilidad. **Técnica:** Entrevista.	**Programas utilizados:** Excel 2018 y SPSS versión 24. Para la prueba de hipótesis se hizo el análisis bivariado, mediante la prueba ji cuadrado (x2) con un nivel de significancia de 0,05.

¿Cuál es la relación entre la autoestima baja y la mala adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019? ¿Cuál es el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019?	pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019.				

ANEXO 2

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE DATOS PARA DETERMINAR DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica el cual no involucra daño a su integridad física ni psicológica. Este proceso se conoce como consentimiento informado, es confidencial y voluntaria. Siéntase con absoluta libertad para preguntar cualquier aspecto que le ayude aclarar sus dudas al respecto.

EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

- **¿Cuántos años tienes?** _____
- **¿De qué sexo es?** Marque con una (X)

  Hombre **( )**

  Mujer **( )**

- **¿Cuál es su estado civil?** Marque con una (x)

Soltero	
Conviviente	
Casado	
Separado	
Divorciado	
Viudo	

- **¿Cuál es su nivel Educativo?** Maque con una (X)

No escolarizado	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

- **¿Cuántos meses de tratamiento Antituberculoso tiene?**_____

- **¿A qué se dedica o se dedicaba antes del diagnóstico de TBC?** Marque con una (X)

No Trabaja	
Trabajador Independiente	
Trabajador Dependiente	

B. ESCALA DE VALORACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

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

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

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

C. TEST DE MORISKY GREEN LEVINE DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Responda las siguientes afirmaciones de acuerdo a como consume usted sus medicamentos antituberculosos en la actualidad.

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI	NO
¿Toma todos los medicamentos indicadas?	SI	NO
Cuándo se encuentra mejor ¿deja de tomas sus medicamentos?	SI	NO
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?	SI	NO

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación titulada: NIVEL DE AUTOESTIMA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL HOSPITAL II DE TINGO MARIA DURANTE EL PERIODO JULIO A DICIEMBRE DEL 2019. Es conducida por el bachiller en Medicina Humana Jean Francois Rivera Roque, de la Universidad Nacional de Ucayali. Tiene como objetivo determinar la relación entre el Nivel de autoestima y Adherencia al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar en el Hospital II de Tingo María. Además tiene como meta inculcar mayor énfasis en el trato adecuado que el personal de salud pueda brindar, generando también un apoyo tanto emocional como psíquico y así usted pueda tener una mejor calidad de vida.
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la Encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 a 10 minutos de su tiempo.
La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.
Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en la Investigación:

_____

FIRMA DEL PACIENTE

DNI: ……..