



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**PERFIL PSICOLÓGICO Y SU INFLUENCIA EN EL
DESARROLLO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA DE TBC DEL CENTRO ASISTENCIAL
MIGUEL GRAU – CHACLACAYO, AÑOS 2010 AL 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

Bach. GILMA GIOVANA CASTILLO ALVARO

ASESOR DE TESIS:

Mg. NESTOR YOLVI OLLAIS RIVERA

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR DE TESIS

.....
Mg. NESTOR YOLVI OLLAIS RIVERA

JURADO EXAMINADOR

.....
Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE
Presidente

.....
Dra. LUZMILA VARGAS GRANADO
Secretaria

.....
Dr. EUGENIO CRUZ TELADA
Vocal

Dedicatoria

Esta tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Erasmo Bendezú Oré, quien me ha apoyado incondicionalmente, por creer en mi capacidad, por sus consejos y paciencia. Gracias amado esposo, compañero de vida.

A mis hijos y mis padres, que es lo más valioso que Dios me ha dado.

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios, de quien viene mi fuerza y fortaleza para seguir adelante.

Gracias a la Universidad Privada TELESUP, por convertirme en una profesional, en la carrera que tanto me apasiona, la Psicología.

Gracias a cada uno de mis maestros quienes con mucha paciencia me brindaron sus conocimientos.

Un agradecimiento muy especial a mi asesor de tesis, el Mag. Néstor Ollais Rivera por su esfuerzo y dedicación en el desarrollo de este modesto trabajo de investigación.

Muchas gracias

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia del perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

La metodología empleada correspondió a la una investigación de enfoque cuantitativo, en la cual se usó el método hipotético-deductivo, se usaron como técnicas tanto la encuesta como el análisis documental, y se usaron como instrumentos de recojo de información tanto el cuestionario como la lista de verificación.

Los resultados mostraron que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0.002 y una correlación directa y significativa de 0.296**, por lo que se afirma la hipótesis alternativa.

Se concluyó que el perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Palabras clave: perfil psicológico, desarrollo terapéutico, tuberculosis.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the influence of the psychological profile in the therapeutic development of the patients of the TBC program of the Miguel Grau - Chaclacayo Medical Center, from 2010 to 2016.

The methodology used corresponded to a quantitative approach research, in which the hypothetico-deductive method was used, both the survey and the documentary analysis were used as techniques, and both the questionnaire and the check list were used as information collection tools.

The results showed that at a significance level of 0.05 a p-value = 0.002 and a direct and significant correlation of 0.296 ** were obtained, so the alternative hypothesis is affirmed.

It was concluded that the psychological profile directly influences the therapeutic development of the patients of the TBC program of the Miguel Grau - Chaclacayo Medical Center, from 2010 to 2016.

Keywords: psychological profile, therapeutic development, tuberculosis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---------------------------------------|------|
| CARÁTULA | i |
| ASESOR DE TESIS | ii |
| JURADO EXAMINADOR | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTO | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS | x |
| ÍNDICE DE FIGURAS | xi |
| INTRODUCCIÓN | xii |
| I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 13 |
| 1.2. Formulación del problema | 14 |
| 1.2.1. Problema general | 14 |
| 1.2.2. Problemas específicos | 14 |
| 1.3. Justificación del estudio | 15 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 16 |
| 1.4.1. Objetivo general | 16 |
| 1.4.2. Objetivos específicos | 16 |
| II. MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 18 |
| 2.1.1. Antecedentes nacionales | 18 |
| 2.1.2. Antecedentes internacionales | 22 |
| 2.2. Bases teóricas de las variables | 26 |
| 2.3. Definición de términos básicos | 36 |
| III. MÉTODOS Y MATERIALES | 38 |
| 3.1. Hipótesis de la investigación | 38 |
| 3.1.1. Hipótesis general | 38 |
| 3.1.2. Hipótesis específicas | 38 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Variables de estudio | 38 |
| 3.2.1. Definición conceptual | 39 |
| 3.2.2. Definición operacional | 39 |
| 3.3. Tipo y nivel investigación | 41 |
| 3.4. Diseño de la investigación | 41 |
| 3.5. Población y muestra de estudio | 42 |
| 3.5.1. Población | 42 |
| 3.5.2. Muestra | 43 |
| 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 44 |
| 3.6.1. Técnicas de recolección de datos | 44 |
| 3.6.2. Instrumentos de recolección de datos | 44 |
| 3.7. Métodos de análisis de datos | 45 |
| 3.8. Aspectos éticos | 46 |
| IV. RESULTADOS | 47 |
| 4.1. Resultados | 47 |
| V. DISCUSIÓN | 59 |
| 5.1. Análisis de discusión de resultados | 59 |
| VI. CONCLUSIONES | 62 |
| 6.1. Conclusiones | 62 |
| VII. RECOMENDACIONES | 63 |
| 7.1. Recomendaciones | 63 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| ANEXOS | 68 |
| Anexo 1: Matriz de consistencia | 69 |
| Anexo 2: Matriz de operacionalización | 71 |
| Anexo 3: Instrumentos | 72 |
| Anexo 4: Validación de instrumentos | 76 |
| Anexo 5: Matriz de datos | 80 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Diferencia entre hábitos y costumbres | 31 |
| Tabla 2. Operacionalización de variables | 40 |
| Tabla 3. Cantidad de pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau | 43 |
| Tabla 4. Validez de Contenido del instrumento que mide ambas variables | 47 |
| Tabla 5. Resultados del cálculo en Excel del estadígrafo Alpha de Cronbach para ambas variables | 48 |
| Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra | 48 |
| Tabla 7. Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la hipótesis general | 49 |
| Tabla 8. Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Aspecto afectivo y la variable Desarrollo terapéutico | 50 |
| Tabla 9. Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Aspecto sociofamiliar y la variable Desarrollo terapéutico | 51 |
| Tabla 10. Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Hábitos y costumbres y la variable Desarrollo terapéutico | 52 |
| Tabla 11. Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Hábitos y costumbres y la variable Desarrollo terapéutico | 53 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Incidencia estimada de tuberculosis para el 2016 | 13 |
| Figura 2. Medicamentos antituberculosos esenciales | 33 |
| Figura 3. Regímenes terapéuticos recomendados para diferentes categorías de tratamiento | 35 |
| Figura 4. Sexo de los pacientes de TBC | 54 |
| Figura 5. Edad de los pacientes de TBC | 55 |
| Figura 6. Estado civil de los pacientes de TBC | 56 |
| Figura 7. Grado de instrucción de los pacientes de TBC | 57 |
| Figura 8. Ocupación de los pacientes de TBC | 58 |

INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo, el Problema de investigación, se consideró el planteamiento del problema, en donde se estableció el propósito del estudio. Asimismo, se formuló el problema general y se desagregó en problemas específicos, a fin de convertirse en los objetivos de la investigación; se incluyó la justificación de la investigación, con los criterios de justificación teórico – científica, técnico – aplicada, metodológica, psicológica y sociológica.

En el segundo capítulo, el Marco Teórico, se puede apreciar un conjunto de antecedentes que se refieren a las variables de estudio, perfil psicológico de pacientes de TBC y desarrollo terapéutico de pacientes de TBC; asimismo consta de las bases teóricas correspondientes, de forma sencilla, precisa y práctica, a fin de que sirvan de base para el desarrollo puntual del estudio. Aquí incluimos la definición de términos básicos.

En el tercer capítulo, el Métodos y Materiales, se definió por completo las características e implicancias de la metodología de la investigación empleada, y se precisaron las variables de estudio y su correspondiente operacionalización.

En el cuarto capítulo, Resultados, se mostró el análisis e interpretación de los resultados, de forma ordenada, precisa y evitando colocar gráficos distractores, sino aquellas figuras que conlleven al propósito de la investigación, afirmando o negando sus hipótesis planteadas.

En el quinto capítulo, Discusión, se contrastan los resultados obtenidos con los antecedentes, a fin de establecer semejanzas o diferencias con resultados obtenidos en otras investigaciones científicas que tengan que ver con las variables o dimensiones establecidas en el presente estudio.

A continuación se tienen las secciones referentes a las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En el año 2016, de forma estimativa en todo el mundo, aparecieron 600,000 nuevos casos de tuberculosis (pulmonar) los que han originado que haya 240,000 fallecimientos, siendo los casos, en su mayoría; en Asia, así como las muertes ocurrieron en Asia. Bordeando el 6,2% de los casos de tuberculosis, se aduce además que son resistentes a adicionales fármacos, constituyéndose en tuberculosis extensamente resistente (Asociación de Microbiología y Salud, 2018).

En la siguiente figura, se puede conocer la incidencia de la tuberculosis en América al 2016, donde podemos apreciar que el Perú es uno de los tres países con mayor cantidad (OPS y OMS, 2016).

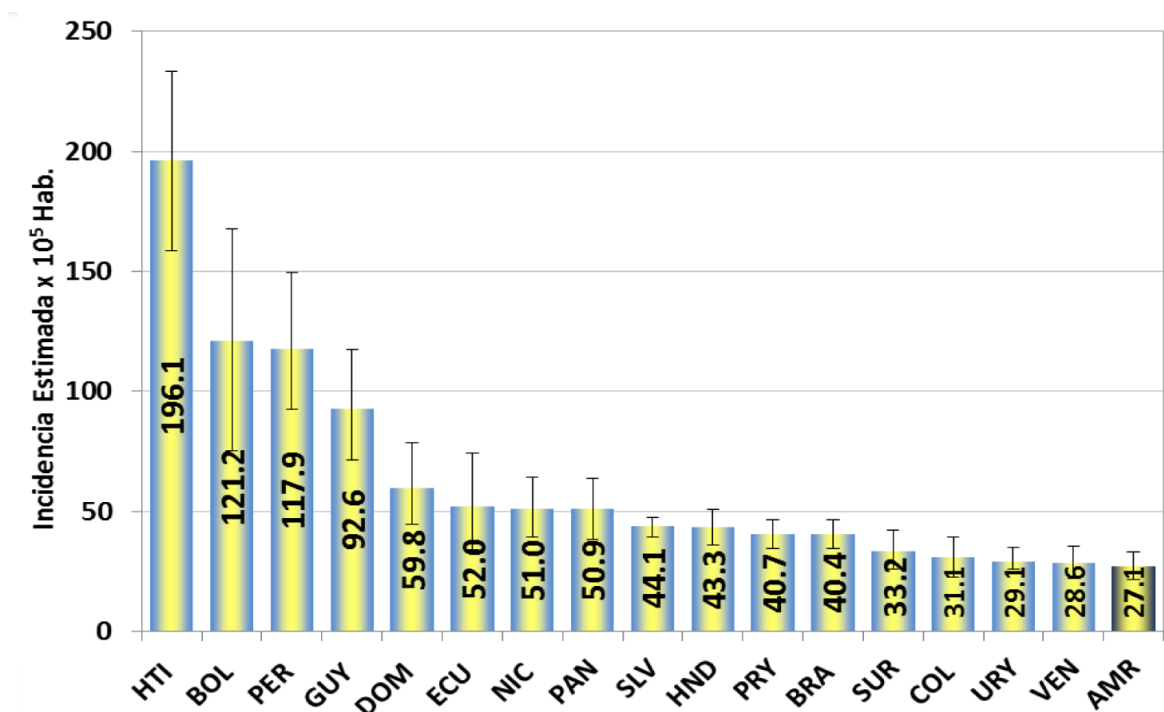


Figura 1. Incidencia estimada de tuberculosis para el 2016

Fuente: OPS y OMS, 2016, p. 1.

Observaciones frecuentes realizadas en centro asistencial Miguel Grau - Chaclacayo muestran pacientes con Tuberculosis (TBC), que reciben tratamiento en el mencionado hospital, un tanto reuantes al tratamiento y con falta de

colaboración en el programa, lo que ha llevado en muchos casos al fracaso del desarrollo terapéutico. En primer lugar, se sabe que la TBC es una enfermedad social, considerada así por estar íntimamente ligada a la pobreza y a la desnutrición, condiciones que afectan la dignidad de las personas y los inducen a sentir vergüenza de padecerla. Esta vergüenza, a su vez, genera una serie de actitudes, por parte de los pacientes, que son contrarias al proceso de tratamiento, afectando al mismo, generalmente, de forma negativa.

Por otra parte, se ha podido observar que la estructura psicológica de cada paciente, puede cumplir un papel, ya sea positivo o negativo, frente al tratamiento, debido a que el paciente pueda tener o no fortaleza psicológica para enfrentar la enfermedad. En este sentido, la personalidad, el carácter, el temperamento, la autoestima y otros factores psicológicos del paciente, configuran condiciones que pudieran ser favorables o no para su recuperación. Es por esto que es de interés estudiar como el perfil psicológico del paciente con TBC, puede afectar a un el programa de tratamiento que desarrolla el mencionado centro de salud.

Por tanto, el propósito de esta investigación es determinar la influencia del perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo influye el perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cómo influye el aspecto afectivo en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?

2. ¿Cómo influye el aspecto sociofamiliar en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?

3. ¿Cómo influye los hábitos y costumbres en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?

4. ¿Cómo influye la responsabilidad frente a su enfermedad en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?

1.3. Justificación del estudio

Justificación teórico – científica

Los resultados de esta investigación se justifican de forma teórico - científica, ya que contribuirán a ampliar sobre la teoría que comprenden cada una de las variables de estudio, a fin de que puedan servir de base a que otros investigadores puedan profundizar sobre la línea de investigación con respecto a dichas variables.

Justificación técnico – aplicada

Los resultados de esta investigación se justifican de forma técnico-aplicativa, y que servirán para la toma de decisiones, en caso tenga que aplicarse alguna intervención psicológica para contribuir en el desarrollo terapéutico de los pacientes de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau, como de cualquier otro centro hospitalario.

Justificación metodológica

Los resultados de esta investigación se justifican de forma metodológica, y que la metodología empleada para que pueda haber sido llevada a cabo pueda ser útil a otros investigadores que deseen ampliar la línea de investigación que involucra las variables establecidas en este estudio.

Justificación psicológica

Los resultados de esta investigación se justifican de forma psicológica, en caso se tenga que identificar, medir y conocer el perfil psicológico de los pacientes que reciben tratamiento por TBC, a fin de contribuir a través de una intervención mediante el desarrollo de un programa psicológico que contribuya al desarrollo terapéutico de los pacientes.

Justificación sociológica

Los resultados de esta investigación se justifican de forma sociológica, ya que permitirá conocer aspectos que tengan que ver con las actitudes del paciente de TBC frente a la sociedad, y servirá de base para establecer un desarrollo terapéutico que no solo implique una cura física, sino de su completo restablecimiento psicológico y social.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la influencia del perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la influencia del aspecto afectivo en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

2. Determinar la influencia del aspecto sociofamiliar en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

3. Determinar la influencia de hábitos y costumbres en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

4. Determinar la influencia de la responsabilidad frente a su enfermedad en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Esta investigación se considera inédita, puesto que no existen investigaciones nacionales e internacionales vigentes con las variables establecidas en este estudio, por lo que se considera como antecedentes solo variables relacionadas.

2.1.1. Antecedentes nacionales

Riquero (2014), en su investigación *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012*, para optar título profesional en Psicología, para la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, en Chiclayo, Perú, estableció que su investigación tuvo como objetivo, comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los tipos de tratamientos de la red urbana del MINSa Chiclayo, 2012, el diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. El grupo de trabajo fue conformado por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck, el cual mide los niveles de depresión, leve, moderada y severa. Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; a diferencia de los que reciben el tipo de tratamiento multiresistente, quienes demuestran altos niveles de depresión moderada a severa.

Saavedra y Alania (2019) en su investigación *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en el Centro de Salud San Cosme, Lima 2018*, para optar título profesional, en la Universidad María Auxiliadora, en Lima, Perú, establecieron lo que viene a continuación. Objetivo: Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis sensible en el centro de salud San Cosme, Lima 2018. Metodología: El estudio es descriptivo de corte transversal. La muestra incluyó 28 usuarios con tuberculosis sensible, durante el periodo julio del 2017 a marzo del 2018. El instrumento de evaluación es un cuestionario que abarca tres

dimensiones e incluye 20 ítems. Resultados: En el factor sociodemográfico se identificó que el 71.4% (20) de los entrevistados presenta edades de 22 a 49 años. El ingreso económico fue en 85.7% (24) para el ingreso mensual familiar menor de s/ 850.00, mientras que el 14.3%(4) tienen un ingreso entre S/850.00 y S/1000. De los factores personales, el 89.3% (25) presentan reacciones adversas a medicamentos, el 78.6% (22) refieren tener temor al tratamiento, 32.1% (9) no reciben apoyo familiar. Y al respecto a los factores del servicio de salud, el 71.4% (20) no están de acuerdo con el horario de atención para toma de sus medicamentos. Conclusión: los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis sensible del centro de salud San Cosme están en relación a las características sociodemográficos (bajo nivel socioeconómico), a los factores del paciente (reacciones adversas a los medicamentos), y los factores del servicio de salud (el horario de atención).

Gonzales (2015) en su investigación *Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, enero - julio 2015*, para optar título profesional en Psicología, en la Universidad Señor de Sipán, en Pimentel, Perú, estableció que la persona que padecía tuberculosis solía padecer de alteraciones en su vida cotidiana familiar, laboral, social, educativa, psicológica que generan sentimientos de vergüenza, inseguridad, cambios de estado de ánimo entre otros. El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015, en lo cual se permitió al profesional de enfermería prever acciones para el cuidado humano en todas las dimensiones especialmente la psicológica. Fue de carácter cuantitativo de tipo descriptivo, con una muestra censal de 20 personas con tuberculosis pulmonar, se aplicó como instrumento el test de Zung, validado por juicio de expertos y por confiabilidad estadística mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación entre ítems. Se obtuvo los siguientes resultados: el nivel de depresión es intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15% y normal 10%. Con un mayor porcentaje según el sexo masculino con 30%, grupo etario de 18-29 con un 40%, de nivel secundaria con un 65%, y de estado civil soltero con un 50%. Por lo que se concluyó que existían altos niveles de depresión en los

pacientes con tuberculosis pulmonar. Por lo que se recomendó realizar una intervención oportuna para incluir acciones preventivas y de promoción dirigidas a dar apoyo psicológico para los familiares y los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

Malqui y Vidal (2018), en su investigación *Conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional. Chimbote, 2016*, para optar título profesional, en la Universidad Nacional del Santa, en Nuevo Chimbote, Perú, establecieron que su estudio fue descriptivo correlacional, con el objetivo general de conocer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis pulmonar de familia disfuncional, Chimbote, 2016, basada en la teoría de la Acción Razonada y la del Conocimiento Cognoscitivo. El estudio se realizó en una población de 52 personas con tuberculosis pulmonar de familias disfuncionales que se encuentren dentro del Programa de Control de Tuberculosis en el Puesto de Salud Magdalena Nueva y Centro de Salud El Progreso. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos el Cuestionario sobre el Nivel de Conocimientos de la Tuberculosis Pulmonar y Escala de actitud hacia el tratamiento de tuberculosis Pulmonar. Los datos se procesaron en el software especializado de estadísticas y epidemiología EPIINFO, obteniéndose las siguientes conclusiones: La mayoría de las personas tuvieron una actitud más positiva (69.2%), y el 30.8% tuvieron una actitud menos positiva hacia el tratamiento de tuberculosis. La mayoría de las personas presentaron nivel de conocimiento regular (42.3%), seguido del nivel bajo (32.7%) y el nivel alto (25.0%). Existía una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($p=0.0279$), el tener nivel de conocimiento bajo, se constituye en riesgo elevado para una actitud menos positiva ($OR=4.5$) y, a mayor nivel de conocimiento, mejoraba la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($r=0.28$).

Pérez y Soriano (2018), en su investigación *Percepciones y discursos frente a la estigmatización y discriminación por tuberculosis en la ciudad de Lima*, para optar título profesional, en la Universidad de Lima, Perú, concluyeron que los pacientes y ex pacientes de tuberculosis ejecutan un comportamiento directamente

proporcional a la percepción acerca del estigma y la discriminación desde su entorno laboral (y muchas veces amical). Por el contrario, la familia del paciente era un impulsor principal del tratamiento y el sistema de salud debería configurarse como el aliado principal del paciente, pues era el órgano en el que se apoyaba para finalizar su tratamiento; sin embargo, muchos pacientes habían percibido discriminación y estigma desde esta entidad. Fue una investigación cualitativa. La metodología aplicada a esta investigación implicó el análisis de las entrevistas realizadas a pacientes y a ex pacientes, así como de nuestra participación en mesas redondas, el involucramiento en centros de salud; además, las entrevistas a expertos y el análisis de distintos cuadros estadísticos provenientes de investigaciones del Ministerio de Salud en cuanto a campañas de tuberculosis. Se usó como muestra siete entrevistas a pacientes y ex pacientes de tuberculosis y 11 entrevistas al público analizado.

Avalos (2019), en su investigación *Calidad del cuidado enfermero y actitud del paciente con tuberculosis multidrogoresistente, Servicio de Neumología, Hospital María Auxiliadora, 2018*, para optar título profesional, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en Lima, Perú, estableció, como objetivo general, determinar la relación entre la calidad del cuidado enfermero y la actitud del paciente con tuberculosis multidrogoresistente. El trabajo de investigación fue descriptivo-correlacional de corte transversal, diseño no experimental, se trabajó con una población de 124 y una muestra de 96. Para el recojo de información se usó dos cuestionarios; para la calidad del cuidado enfermero, fue el cuestionario de Pajuelo Verónica (2013) con 28 ítems y tres dimensiones: Interpersonal (8 ítems), técnica (15 ítems) entorno (5 ítems), con una confiabilidad de 0,839 y para la Actitud del paciente con tuberculosis multidrogoresistente el instrumento fue de Bravo C. Edson (2008) UNMSM con 26 ítems y tres dimensiones: cognitivo (6 ítems), afectiva (10 ítems) y conductual (10 ítems) y tiene una confiabilidad de 0,863, en ambos casos fue adaptado por la investigadora Bach. Jansary Sait Avalos Lorenzo. Los resultados fueron que la calidad del cuidado enfermero era bajo en 49 (51%), medio 29 (30,2%) y alto 18 (18,8%); en las dimensiones: interpersonal en nivel bajo 53 (55,2%), medio 29 (30,2%) y alto 14 (14,6%); dimensión técnica, bajo 53 (55,2%), medio 32 (33,3%) y alto 11 (11,5%) y en la

dimensión entorno, bajo 57 (59,4%), medio 20 (20,8%) y alto 19 (19,8%) en la actitud del paciente es inadecuado en 58 (60,4%), adecuada 27 (28,1%) y muy adecuado en 11 (11,5%). La conclusión fue que existe relación entre la calidad de cuidado enfermero y la actitud del paciente con tuberculosis multidrogoresistente, servicio de Neumología del Hospital María Auxiliadora, 2018. Se recomendó a las enfermeras del servicio de Neumología del hospital sensibilizar a los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente para mejorar su actitud y cumplir con su esquema de tratamiento.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Ordoñez (2013), en su investigación *Factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1 Pumapungo. Cuenca 2012*, para optar título profesional, en la Universidad de Cuenca, en Cuenca, Ecuador, estableció como objetivo determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo. Cuenca 2012. El método y materiales fueron un estudio analítico retrospectivo y de intervención cuantitativa, en pacientes mayores de 15 años que acudieron a recibir tratamiento antifímico, en el periodo 2012. La muestra fueron los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el área de salud N° 1, los cuales correspondían a 18 personas, de los cuales 14 aceptaron formar parte de la investigación. En el estudio se aplicó el análisis documental, visitas domiciliarias y encuesta. La información requerida se obtuvo de acuerdo a los registros del programa DOTS, historias clínicas y visitas domiciliarias. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa Microsoft Office Word y Excel 2010, los mismos que aportaron elementos estadísticos para el análisis. Los datos fueron presentados en forma de tablas. Los resultados fueron que los pacientes con tuberculosis mantienen cierta estabilidad y adhesión al tratamiento, sin embargo estaban presentes factores psicológicos de riesgo que pueden ocasionar inestabilidad psíquica, uno de ellos es el afrontamiento a la enfermedad en el 26% de pacientes.

Contreras, Oñate y Quijije (2018), en su investigación *Cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final de la vida. Ecuador, 2018*,

para optar título profesional, en la Universidad Nacional de Chimborazo, en Riobamba, Ecuador, establecieron que los cuidados paliativos se aplicaban desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final de la vida, ayudando al paciente a prevenir y aliviar el sufrimiento psicológico, espiritual, social, económico y el duelo. Uno de sus objetivos era mejorar la calidad de vida incluyendo el entorno familiar. Cabe recalcar que la atención paliativa no era solo una necesidad del envejecimiento sino también de enfermedades crónicas avanzadas, tomando en cuenta que el accionar asistencial se basa en principios bioéticos como la no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. El paciente y su familia podían obtener así bienestar físico, emocional, social y espiritual mejorado la calidad de vida. Los cuidados paliativos en el Ecuador tuvieron su inicio en el año 1973 mediante la iniciativa Amigos Benefactores de Enfermos Incurable (ABEI) y posteriormente en el año 1997 se creó la fundación Ecuatoriana de cuidados paliativos (FECUPAL) aprobada mediante Acuerdo Ministerial No. 1058 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador el 16 de Octubre del año 1997. Actualmente en el país se brindaba estos cuidados en unidades de atención de primer y tercer nivel. Existía un marco legal y normativo relacionado a los derechos de la salud, la Constitución de la República, El plan Nacional del Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, Objetivo de Desarrollo Sostenible, MAIS. El accionar de Enfermería abarcaba todas las etapas de la vida incluyendo los cuidados paliativos y el duelo ayudando a enfrentar el paso de la vida a la muerte.

Cedeño, Figueroa, Zambrano, Romero, Arias y Santos (2019), en su artículo científico *Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis*, para la revista Dominio de las Ciencias, establecieron que la tuberculosis (TB) era una enfermedad triste que había causado mucho daño a lo largo de la historia, afectando principalmente a las poblaciones más pobres y constituyendo uno de los mayores retos en salud pública actualmente. Aún con los avances globales en desarrollo y en las ciencias médicas desconcertaba que siga siendo una enfermedad tan prevalente al comienzo de este siglo, con una tercera parte de la población mundial infectada y con 2 millones de personas fallecidas al año, declarada así como una urgencia mundial y enfrentando un

obstáculo muy importante para su control: el abandono del tratamiento también llamado no adherencia, incumplimiento o falta de apego del paciente a la medicación que implica graves consecuencias tanto para el enfermo, como para la comunidad, debido a que el paciente no se cura y continúa la cadena de transmisión de la enfermedad. En el estudio se abordaron aspectos teóricos de importancia que hubieron contribuido a la fundamentación del tema; se había organizado en base a los enfoques que incluía los conceptos de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento con tuberculosis pulmonar. El punto de vista del paciente, la familia y su importancia en la adherencia al tratamiento, que habitualmente no se había considerado en investigaciones sobre tuberculosis en el Ecuador, pudo resultar muy útil para ajustar la oferta de servicios de salud y el control de la enfermedad, toda esa problemática se convirtió en un factor que influía en la adherencia del tratamiento, en la falta de regularidad y desde luego deterioraba aún más la salud del usuario con tuberculosis. La educación debía ser impartida también a su entorno, la familia, para que brinde el apoyo emocional necesario para cumplir el tratamiento. Si existía una relación significativa y moderada entre ambas variables, nivel del apoyo familiar a paciente y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis, a mayor apoyo familiar mayor sería la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

González, Lupercio, Hidalgo, León y Salazar (2013), en su artículo científico *Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)*, para la Revista Salud Uninorte, establecieron como objetivo evaluar la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis y la relación con su trabajo. Los materiales y métodos fueron el SF-36 y la dimensión de trabajo del Sickness Impact Profile (SIP). Los resultados mostraron que las dimensiones del SF-36 percibidas como malas fueron rol físico, vitalidad, salud mental y percepción de la salud general. El 60 % del total manifestó que no tenía trabajo al momento del estudio. Se concluyó que el 80 % de los pacientes estuvieron en edad productiva, por lo que además de su CVRS se afecta su ingreso familiar al dejar de trabajar, lo cual aumenta el impacto social de la enfermedad.

Mogrovejo (2019), en su investigación *Calidad de vida y factores asociados en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2017-2018*, para optar título de Especialista, en la Universidad de Cuenca, en Ecuador, estableció como objetivo determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo. Cuenca 2012. Emplearon como método y materiales, un estudio analítico retrospectivo y de intervención cuantitativa, en pacientes mayores de 15 años que acudieron a recibir tratamiento antifímico, en el periodo 2012. La muestra fueron los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el área de salud N° 1, los cuales correspondieron a 18 personas, de los cuales 14 aceptaron formar parte de la investigación. En el estudio se aplicó el análisis documental, visitas domiciliarias y encuesta. La información requerida se obtuvo de acuerdo a los registros del programa DOTS, historias clínicas y visitas domiciliarias. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa Microsoft Office Word y Excel 2010, los mismos que aportaron elementos estadísticos para el análisis. Los datos fueron presentados en forma de tablas. Resultados: los pacientes con tuberculosis mantienen cierta estabilidad y adhesión al tratamiento, sin embargo están presentes factores psicológicos de riesgo que pueden ocasionar inestabilidad psíquica, uno de ellos es el afrontamiento a la enfermedad en el 26% de pacientes.

2.2. Bases teóricas de las variables

Bases teóricas de la variable independiente: Perfil psicológico de pacientes de TBC

Perfil psicológico

Conjunto de características que reúne una persona que determina (a) su carácter, (b) sus actitudes, (c) sus aptitudes y (d) sus comportamientos frente a situaciones particulares (Trejo, 2014).

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis* que suele afectar a los pulmones; y es transmitida a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio, de una persona a otra. Esta infección suele ser asintomática en personas en buen estado de salud, ya que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son la tos, a veces con esputo sanguinolento, debilidad, dolor torácico, fiebre, pérdida de peso, y sudoración nocturna. La tuberculosis puede ser tratada por medio del suministro de antibióticos durante seis meses (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Perfil psicológico de pacientes de TBC

Para establecer el perfil psicológico de pacientes de TBC, solo se cuenta con investigaciones realizadas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que menciona que el investigador Vilcatoma (1976), en una muestra de 147 pacientes, de los cuales 34 fueron varones y 113 mujeres, estableciendo que dicho perfil se componía de: (a) cuadro depresivo, (b) manifestaciones de insatisfacción, (c) miedo y (d) preocupación excesiva (Torres, 2012).

Vilcapoma (1976) obtuvo el perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados utilizando el MMPI en 147 pacientes: 34 del sexo masculino, 113 mujeres, de 20 a 30 años. Se incide más en la escala Depresión. Los resultados muestran enfermos tuberculosos con cuadros depresivos, con manifestaciones de

insatisfacción, miedo y preocupación excesiva. Vilcatoma (1972) había establecido que entre varones y mujeres, estas eran las que presentan personalidad esquizoide, por lo que eran más sensibles, tímidas, introvertidas e inseguras, no obstante más bondadosas y sentimentales. Además refirió que los enfermos con tuberculosis poseían cuadro psicopatológico potencial producto de la enfermedad que puede no llegar a desarrollarse, aparte de que se desenvuelven de forma cotidiana en un ambiente de temor, inseguridad, dificultades y angustia en sus relaciones interpersonales (Torres, 2012).

Estado de ánimo

El estado de ánimo consiste en un estado en el que se encuentra un individuo, este puede ser positivo/agradable o negativo/desagradable. Los estados de ánimo se caracterizan por ser duraderos, desde unos cuantos minutos, hasta varias horas, semanas, y mucho más. El estado de ánimo puede estar influenciado por diversos factores, y no sólo en lo que respecta a lo emocional. Factores como el ambiente, el estado físico de la persona, así como el psíquico, pueden alterar, tanto positiva como negativamente, el estado de ánimo. Es importante señalar que el estado de ánimo está acompañado de sensaciones poco claras, es decir, difusas. Por ende, es algo complicado determinar sus causas. Además, el estado de ánimo se manifiesta de forma poco intensa y se puede controlar, a diferencia de las emociones. (Aragón, 2019).

Aspecto afectivo

El aspecto afectivo en el desarrollo personal es uno de los componentes más importantes del proceso de maduración de una persona. Se define como el conjunto de emociones, sentimientos y elementos sociales que determinan las relaciones de una persona consigo misma y con su entorno. El aspecto afectivo del desarrollo personal comienza en la primera infancia, estando muy influenciado por la relación del niño con sus padres. Lo que ocurra en esta época determinará en gran medida los aspectos sociales y emocionales de la persona en su vida adulta. (Rodríguez, 2019).

Aspecto afectivo en el desarrollo personal

Sin embargo, el proceso de desarrollo afectivo continúa a lo largo de todas las etapas de la vida de un individuo. El principal marco teórico utilizado para estudiar el aspecto afectivo del desarrollo humano es la teoría del apego, desarrollada por John Bowlby a mediados del siglo XX. (Rodríguez, 2019).

Cómo influye en la persona el aspecto afectivo

En un principio la teoría del apego de Bowlby se utilizaba tan solo para estudiar las relaciones de los niños con sus padres durante la infancia. Sin embargo, más adelante numerosos estudios mostraron que esta relación marcaba profundamente a la persona durante su vida adulta. La teoría de Bowlby se basa en el concepto de «apego»: un vínculo profundo y duradero que conecta a una persona con otra a lo largo del tiempo y el espacio. (Rodríguez, 2019).

Este apego se forma por primera vez con los padres (especialmente con la madre o con el cuidador principal), y la forma que tome determinará el desarrollo afectivo de la persona a lo largo de su vida. (Rodríguez, 2019).

Apoyo familiar

El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. El resto de miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda, si fuera necesario (Rodas, 2019).

La valoración del apoyo familiar se debe realizar, por tanto, en un doble sentido, por una parte estudiando el apoyo prestado por los miembros de la unidad, y por otra, como percibe este apoyo la persona enferma o dependiente (Rodas, 2019).

Aspecto sociofamiliar

Adecuación profesional encaminada a apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos, con la finalidad de lograr un cambio positivo que contribuya a una mejoría de su calidad de vida (Apace Toledo, 2019).

Conductas habituales

La conducta humana hace referencia a la manifestación del comportamiento y se usa para describir las diferentes acciones que se ponen en marcha en la vida diaria. Se puede definir como la realización de cualquier actividad en la que esté implicada una acción, o un pensamiento o emoción (Sánchez, 2018).

Las personas en todo momento, de una manera u otra, llevan a cabo una conducta. Por ejemplo, aunque se esté callado pensando, observando, resolviendo un problema mentalmente, etc. uno se comporta de alguna forma. La ausencia de conducta no existe; este término se refiere tanto a lo que hacemos, como a lo que pensamos y sentimos. La conducta humana lo engloba todo (lo emocional, lo cognitivo, motor, etc.) (Sánchez, 2018).

Este término puede analizarse diferentes ángulos. La psicología aborda la conducta desde el punto de vista de los mecanismos que influyen en nuestro comportamiento y los aspectos mentales que determinan nuestras acciones. La conducta en psicología es muy importante, puesto que nos da mucha información sobre la persona y nos permite actuar sobre los diferentes estímulos que pueden desencadenar el comportamiento o la conducta en sí misma y sus consecuencias (Sánchez, 2018).

La conducta puede ser: (a) conducta observable o manifiesta.- acciones y movimientos físicos-motores y las reacciones fisiológicas de nuestro cuerpo. Como por ejemplo, cuando uno se sonroja, suda, etc.; (b) conducta encubierta.- conductas referentes a pensamientos, emociones o sentimientos como pueden ser el miedo, la preocupación la alegría, felicidad, etc., es decir, comportamientos observables por la propia persona (Sánchez, 2018).

Hábitos y costumbres

Son los hábitos, actos que el ser humano usa constantemente y que con el tiempo se forma o crea una costumbre. Los hábitos muchas veces se convierten en distracciones y entretenimientos para el hombre pero se da el caso que hay hábitos que llegan a convertirse en obsesión. Es así como la psicología sostiene que la costumbre de un hábito, a veces es necesaria para que el ser humano se sienta bien consigo mismo. No obstante, la costumbre es una forma de actuar o comportarse habitualmente (Soto, 2018).

Un hábito es un acto que, de tantas veces que lo usamos se convierte en una costumbre. Por lo general, un hábito es un movimiento sencillo que utiliza una persona para complementar su vida. Así pues, estos tienden a convertirse en distracciones y entretenimientos para quien lo realiza y que a su vez son costumbres que tiene el ser humano que le permiten adaptarse al entorno que los rodea. El hábito puede ser maniático, que se convierte en obsesión. La psicología a través de estudios afirma que el hombre se acostumbra tanto a una acción que a veces le es necesaria para sentirse bien con el mismo (Soto, 2018).

Por otro lado, el hábito implica que se interiorice una acción de forma natural hasta que llega a convertirse en una actitud espontánea. Al realizarse este proceso se producen cambios de conducta. Los hábitos pueden ser morales y afectivos y tienen enemigos como la pereza y postergación de las cosas. Por lo tanto, para desarrollar hábitos es necesario desarrollar disciplinas (Soto, 2018).

Se puede definir costumbre como una forma de actuar habitualmente del ser humano y que le origina un comportamiento. El cual puede ser la práctica que tiene un colectivo de determinado lugar con respecto a sus tradiciones. La costumbre es una característica propia de la sociedad y sus miembros. Además, es una situación que se da en forma repetida, lo que la lleva a ser una tradición o costumbre en determinado entorno social en el cual se maneja. Estos pueden pasar de generación en generación o de forma hereditaria. Los ademanes, mañas y manías que tienen los seres humanos, también son consideradas costumbres.

Adicionalmente, las malas costumbres pasan a ser vicios destructivos para el hombre (Soto, 2018).

Por otro lado, un concepto adicional define costumbres como: los hábitos que se adquieren por la práctica tradicional o frecuente. El hombre vive de las costumbres porque les da seguridad y al hacerlas en forma repetitiva pasan a ser normas. Finalmente, existen costumbres relacionadas con la navidad, fechas patrias, fechas patronales, culturales, hay colectivas que nunca pasan por alto y son del disfrute de todos (Soto, 2018).

Tabla 1.

Diferencia entre hábitos y costumbres

| Hábito | Costumbre |
|---|--|
| -es un conjunto de costumbres que el hombre realiza sin planear, ni esfuerzo. | -es un hábito que se hace por la frecuencia con la cual se practica. |
| -se convierte en costumbre | -se convierte en norma. |
| -es adquirible en cualquier momento de la vida. | -puede originarse en la niñez. |
| -pueden ser laborales, personales, educativos, alimenticios , deportivos | -pueden ser culturales, religiosas, patriotas, patronales. |

Fuente: Soto, 2018.

Actitud frente a su tratamiento

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Por ejemplo, la persona con tuberculosis presenta actitud desfavorable si considera que no es necesario conocer cómo protegerme de la tuberculosis. Del mismo modo la persona con tuberculosis se le considera una actitud favorable al considerar que es indispensable que reciba tratamiento, en otras palabras, la actitud se ve reflejada en todo lo que se realiza en la vida diaria (Perlam, 2002).

Responsabilidad frente a su enfermedad

Consiste en poner cuidado y atención (RAE, 2019) en lo referente al tratamiento y curación de la enfermedad que se tiene.

Dimensiones de la variable independiente Perfil psicológico de pacientes de TBC

Las dimensiones establecidas en esta investigación para la variable Perfil psicológico de pacientes de TBC son: (a) aspecto afectivo, (b) aspecto sociofamiliar, (c) hábitos y costumbres y (d) responsabilidad frente a su enfermedad.

Indicadores de las dimensiones de la variable independiente Perfil psicológico de pacientes de TBC

Para cada una de las dimensiones establecidas, se cuenta con su correspondiente indicador: (a) estado de ánimo, para aspecto afectivo, (b) apoyo de la familia, para aspecto sociofamiliar, (c) conductas habituales, para hábitos y costumbres y (d) actitud frente a su tratamiento, para responsabilidad frente a su enfermedad.

Bases teóricas de la variable independiente: Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

Desarrollo terapéutico

El desarrollo terapéutico consiste en la acción y efecto de llevar a cabo una terapia. Es la acción y efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias (RAE, 2016).

Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

Consiste en la acción y el efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de la tuberculosos para obtener una mejora o curación (Acosta, 2016).

El tratamiento antituberculoso tiene por objetivos: (a) curar al paciente de su TB; (b) evitar que el paciente fallezca de una TB activa o de sus consecuencias; (c) evitar la recaída; y (d) disminuir la transmisión de la TB a otras personas. Es indispensable lograr estos objetivos evitando al mismo tiempo la selección de bacilos farmacorresistentes en los pacientes infecciosos (OMS, 1977).

Tratamiento quimioterápico

El tratamiento para la tuberculosis implica el consumo de medicamentos, como se puede apreciar en la figura 2.

| MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS ESENCIALES (ABREVIATURA) | ACCIÓN | DOSIS RECOMENDADA (MG/KG) | | |
|--|-----------------|---------------------------|----------------|----------------------|
| | | DIARIA | INTERMITENTE | |
| | | | 3X/SEM. | 2X/SEM. ^a |
| isoniacida (H) | bactericida | 5 (4-6) | 10 (8-12) | 15 (13-17) |
| rifampicina (R) | bactericida | 10 (8-12) | 10 (8-12) | 10 (8-12) |
| pirazinamida (Z) | bactericida | 25 (20-30) | 35 (30-40) | 50 (40-60) |
| estreptomina (S) | bactericida | 15 (12-18) | 15 (12-18) | 15 (12-18) |
| etambutol (E) | bacteriostático | 15 (15-20) | 30 (15-35) | 45 (40-50)) |
| tioacetazona (T) | bacteriostático | 2,5 | no corresponde | |

Figura 2. Medicamentos antituberculosos esenciales

Fuente: OMS, 1977, p. 24.

Dosis correcta

Administradas de forma intermitente (2 ó 3 veces por semana), la isoniacida, la rifampicina, la pirazinamida y la estreptomina tienen la misma eficacia que administradas diariamente. Por lo general, el etambutol sólo se administra intermitentemente cuando va asociado a la rifampicina. La tioacetazona es el

único medicamento antituberculoso que carece de eficacia cuando se administra de forma intermitente (2 ó 3 veces por semana) (OMS, 1977).

Disciplina y cumplimiento

En general, la OMS desaconseja los regímenes con toma dos veces por semana. Si el paciente omite una toma en un régimen de dos veces por semana, la toma omitida representa una fracción mayor de la dosis total que en el caso del tratamiento diario o del régimen de tres veces por semana. Aumenta así el riesgo de fracaso terapéutico. En el anexo 2 se da información sobre las dosis recomendadas y los efectos secundarios más habituales de estos medicamentos. NOTA: las preparaciones de medicamentos antituberculosos recomendadas por la OMS figuran en su Lista de Medicamentos Esenciales (LME). Las preparaciones y combinaciones de medicamentos antituberculosos de cada país deben ajustarse a la LME (OMS, 1977)

Regímenes terapéuticos

En la figura 3, se puede observar el desarrollo terapéutico del paciente de tuberculosis, con respecto a la toma de medicamentos (OMS, 1977).

Dimensiones de la variable dependiente Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

Las dimensiones establecidas para la variable Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC son: (a) tratamiento quimioterápico, (b) ser prescritos, (c) ser consumidos por el paciente y (d) prevención de recaídas.

Indicadores de las dimensiones de la variable dependiente Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

Los indicadores para cada una de las dimensiones propuestas para esta investigación son: (a) combinar por lo menos 4 medicinas, para tratamiento quimioterápico; (b) dosis correcta, para ser prescritos; (c) disciplina y cumplimiento, para ser consumidos por el paciente; y (d) precaución post tratamiento, para prevención de recaídas.

| CATEGORÍA DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO | PACIENTES TUBERCULOSOS | RÉGIMENES TERAPÉUTICOS POSIBLES | |
|--|--|--|---|
| | | FASE INICIAL (DIARIO O 3 VECES POR SEM.) | FASE DE CONTINUACIÓN |
| I | Caso nuevo de TB pulmonar con baciloscopia positiva; caso nuevo de TB pulmonar con baciloscopia negativa y afección parenquimatosa extensa; casos nuevos de formas graves de TB extrapulmonar. | 2 EHRZ (SHRZ) 2 EHRZ (SHRZ) 2 EHRZ (SHRZ) | 6 HE 4 HR 4 H ₃ R ₃ |
| II | Caso con tratamiento previo, con esputo positivo: recaída; fracaso terapéutico; tratamiento posterior a interrupción. | 2 SHRZE/1 HRZE 2 SHRZE/1 HRZE | 5 H ₃ R ₃ E ₃ 5 HRE |
| III | Caso nuevo de TB pulmonar con baciloscopia negativa (no asignable a la categoría I); casos nuevos de formas menos graves de TB extrapulmonar. | 2 HRZ 2 HRZ 2 HRZ | 6 HE 4 HR 4 H ₃ R ₃ |
| IV | Caso crónico (sigue teniendo esputo positivo después de un retratamiento supervisado) | NO CORRESPONDE (Consulte las directrices de la OMS sobre el uso de medicamentos de segunda. línea en centros especializados.) | |

Figura 3. Regímenes terapéuticos recomendados para diferentes categorías de tratamiento

Fuente: OMS, 1977, p. 27.

2.3. Definición de términos básicos

Actitud frente a su tratamiento.- Predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia la tuberculosis (Perlam, 2002).

Apoyo de la familia.- Consiste en la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros (Rodas, 2019).

Aspecto afectivo.- Conjunto de emociones, sentimientos y elementos sociales que determinan las relaciones de una persona consigo misma y con su entorno. (Rodríguez, 2019).

Aspecto sociofamiliar.- Adecuación profesional encaminada a apoyar a la unidad familiar y activar sus potencialidades y recursos, con la finalidad de lograr un cambio positivo que contribuya a una mejoría de su calidad de vida (Apace Toledo, 2019).

Conductas habituales.- Realización de cualquier actividad en la que esté implicada una acción, o un pensamiento o emoción (Sánchez, 2018) de forma que se hace, padece o posee con continuación o por hábito (RAE, 2019).

Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC.- Consiste en la acción y el efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de la tuberculosis para obtener una mejora o curación (Acosta, 2016).

Desarrollo terapéutico.- Consiste en la acción y efecto de llevar a cabo una terapia. Es la acción y efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias (RAE, 2016).

Estado de ánimo.- Consiste en un estado en el que se encuentra un individuo, este puede ser positivo/agradable o negativo/desagradable, son duraderos, desde unos cuantos minutos, hasta varias horas, semanas, y mucho más; puede estar influenciado por diversos factores, y no sólo en lo que respecta a lo emocional. (Aragón, 2019).

Hábitos y costumbres.- Actos que el ser humano usa constantemente, formas de actuar o comportarse habitualmente (Soto, 2018).

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

OPS.- Organización Panamericana de la Salud.

Perfil.- Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo (RAE, 2016).

Perfil psicológico de pacientes de TBC.- Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan (RAE, 2016) a quien está recibiendo un tratamiento para la curación de la TBC. Perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados (Torres, 2012).

Perfil psicológico.- Conjunto de características que reúne una persona que determina (a) su carácter, (b) sus actitudes, (c) sus aptitudes y (d) sus comportamientos frente a situaciones particulares (Trejo, 2014).

Responsabilidad frente a su enfermedad.- Poner cuidado y atención (RAE, 2019) en lo referente al tratamiento y curación de la enfermedad que se tiene.

Tuberculosis.- Consiste en una enfermedad infecciosa causada por una bacteria denominada Mycobacterium tuberculosis que suele afectar a los pulmones; y es transmitida a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio, de una persona a otra (Organización Mundial de la Salud, 2019).

III. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis general.

El perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

3.1.2. Hipótesis específicas.

1. El aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

2. El aspecto sociofamiliar influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

3. Los hábitos y costumbres influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

4. La responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

3.2. Variables de estudio

Independiente

X = Perfil psicológico de pacientes de TBC

Dependiente

Y = Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

3.2.1. Definición conceptual

Perfil psicológico de pacientes de TBC.- Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan (RAE, 2016) a quien está recibiendo un tratamiento para la curación de la TBC. Perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados (Torres, 2012).

Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC.- Consiste en la acción y el efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de la tuberculosos para obtener una mejora o curación (Acosta, 2016).

3.2.2. Definición operacional

Perfil psicológico de pacientes de TBC.- Se mide a través de: (a) aspecto afectivo, (b) aspecto sociofamiliar, (c) hábitos y costumbres y (d) responsabilidad frente a su enfermedad.

Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC.- Se mide a través de: (a) tratamiento quimioterápico, (b) ser prescritos, (c) ser consumidos por el paciente y (d) prevención de recaídas.

Tabla 2.*Operacionalización de variables*

| VARIABLES | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems |
|--|--|--|---|---|--|
| X = Perfil psicológico de pacientes de TBC | Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan (RAE, 2016) a quien está recibiendo un tratamiento para la curación de la TBC. Perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados (Torres, 2012). | Se mide a través de: (a) aspecto afectivo, (b) aspecto sociofamiliar, (c) hábitos y costumbres y (d) responsabilidad frente a su enfermedad. | 1. Aspecto afectivo 2. Aspecto sociofamiliar 3. Hábitos y costumbres 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | 1.1. Estado de ánimo 2.1. Apoyo de la familia 3.1. Conductas habituales. 4.1. Actitud frente a su tratamiento | 6 14 7, 8 y 9 10, 11, 12 y 13 |
| Y = Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC | Consiste en la acción y el efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de la tuberculosis para obtener una mejora o curación (Acosta, 2016). | Se mide a través de: (a) tratamiento quimioterápico, (b) ser prescritos, (c) ser consumidos por el paciente y (d) prevención de recaídas. | 1. Tratamiento quimioterápico 2. Ser prescritos 3. Ser consumidos por el paciente 4. Prevención de recaídas | 1.1. Combinar por lo menos 4 medicinas. 2.1. Dosis correcta. 3.1. Disciplina y cumplimiento. 3.4. Precaución post tratamiento. | 15 y 16 17 18 19 y 20 |

3.3. Tipo y nivel investigación

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo aplicado y de nivel o alcance explicativo.

Según Hernández, Fernández y Baptista et al (2014), el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, a fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

La investigación de tipo básico, fundamental, exacto o puro se ocupa del objeto de estudio sin considerar una aplicación inmediata, teniendo en cuenta que a partir de sus resultados y descubrimientos pueden surgir nuevos productos y avances científicos (Cívicos y Hernández, 2007; Padrón, 2006). La investigación de tipo aplicado se entiende como la utilización de los conocimientos en la práctica para aplicarlos en provecho de los grupos que participan en esos procesos y en la sociedad en general, además del bagaje de nuevos conocimientos que enriquecen la disciplina (Vargas, 2009, p. 59).

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; o sea, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales; su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables (Hernández et al, 2014).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación fue no experimental transeccional causal.

Según Hernández et al (2014), el diseño no experimental apropiado considera un diseño transversal o transeccional, ya sea que su alcance inicial o final sea exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo.

Los estudios transeccionales o transversales son estudios que recopilan datos en un momento único (Hernández et al, 2014).

Los diseños correlacionales-causales describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, a veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales); las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o suceden durante el desarrollo del estudio, y quien investiga los observa y reporta; la posible causalidad la establece el investigador de acuerdo con sus hipótesis, las cuales se fundamentan en la revisión de la literatura (Hernández et al, 2014).

$$X \rightarrow Y \quad M \quad 0$$

Donde:

X = Variable independiente: Perfil psicológico de pacientes de TBC

Y = Variable dependiente: Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC

M = Muestra

0 = Medición

Interpretación:

La variable independiente está contenida en la variable dependiente en el instrumento de medición, se le aplica a una muestra y luego se hace la medición (Hernández et al, 2014).

3.5. Población y muestra de estudio

3.5.1. Población.

Del año 2010 a 2016, se obtuvo un total de 11 historias clínicas acerca de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau (ver tabla 3).

Tabla 3.

Cantidad de pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau

| Año | Cantidad de pacientes atendidos |
|-------|---------------------------------|
| 2010 | 13 |
| 2011 | 16 |
| 2012 | 22 |
| 2013 | 19 |
| 2014 | 10 |
| 2015 | 20 |
| 2016 | 11 |
| Total | 111 |

Fuente: Servicio de Admisión *del Centro Asistencial Miguel Grau*

Por tanto, la población de estudio fue de 11 pacientes del programa y la unidad de análisis fue sus correspondientes historias clínicas.

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones; y debe situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo (Hernández et al, 2014).

La unidad de análisis indica quiénes van a ser medidos, es decir, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos a aplicar el instrumento de medición (Hernández et al, 2014).

La unidad de análisis es la unidad definida por el investigador para realizar mediciones. Se puede requerir más de una unidad de análisis, es decir, una investigación puede tener una o más unidades de análisis, pero la unidad de análisis es indivisible (Supo, 2012).

3.5.2. Muestra.

Se usó muestra censal.

La muestra se considera censal cuando se selecciona al total de la población al considerarla un número manejable de sujetos. En este sentido la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra. Por eso se precisa como censal por ser simultáneamente universo, población y muestra (Ramírez, 1997).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos.

Se empleó como técnicas la encuesta y el análisis documental. Se aclara que la encuesta fue realizada en los años mencionados en la tabla 2, es decir, fue ex post facto. El análisis documental es inherente a esta investigación.

Una investigación tipo ex post facto establece posibles relaciones de relación o causalidad con hechos que ya han ocurrido y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar, es decir, es un tipo de investigación histórica (Tamayo y Tamayo, 1999).

El análisis documental es una técnica que se define como el proceso de lectura, síntesis y representación de un texto; en donde lo que se hace es transformar un documento primario en uno secundario, de forma que partiendo del documento primario, se obtiene una nueva referencia documental que permita un mejor uso (Martos, Bermejo y Muñoz, 2005, p. 666).

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos.

Para la encuesta se utilizó como instrumento el cuestionario; y para el análisis documental se utilizó la lista de verificación. Se recalca que se usó un solo instrumento para medir ambas variables.

Instrumento para medir ambas variables

Ficha técnica:

Nombre: Instrumento para determinar perfil psicológico y desarrollo terapéutico de pacientes con TBC

Autor: Castillo A., Gilma G. (Adaptado de la Ficha de intervención Psicológica para pacientes con TBC, del programa de control de TBC – Programa de Salud Mental – MINSA – Lima – Este)

Año: 2017

Procedencia: Creación propia

Número de ítems: 20 ítems

Tiempo de aplicación: 1 hora

Tipo de escala: Politómica

División: Los ítems que miden la variable independiente corresponden del 6 al 14; los que miden la variable dependiente corresponden del 15 al 20.

Validación: La validación se dio de acuerdo al criterio de juicio de expertos.

Población objetivo: pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau, de 2010 a 2016.

Objetivo: Medir las variables de estudio.

3.7. Métodos de análisis de datos

Se realizó la tabulación correspondiente, usando la estadística descriptiva.

Se hizo la validación del instrumento por medio de criterio de jueces con conocimiento de metodología en investigación cuantitativa.

Se midió la confiabilidad del instrumento por medio del estadígrafo Alpha de Cronbach, por corresponder a ítems politómicos.

Para determinar el tipo de prueba de hipótesis a emplear, se empleó el estadígrafo Kolmogorov-Smirnov, para muestras mayores de 50.

Para establecer la medición de la correlación se usó la correlación de Pearson por corresponder a una prueba paramétrica.

3.8. Aspectos éticos

Para llevar a cabo esta investigación, se contó con los permisos correspondientes por parte del Director del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo.

El investigador asumió una conducta objetiva sin pretender sesgar las respuestas.

Toda la información en esta investigación está basada en textos debidamente citados; por lo que no hay cabida al plagio.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Validez

Para determinar la validez de contenido, los instrumentos que midieron las variables se sometieron a juicio de expertos, para ello se recurrió a profesionales con posgrado correspondientes.

Se verificó que el instrumento fue construido de la concepción técnica desglosando en dimensiones, indicadores e ítems así como el establecimiento de su sistema de evaluación en base al objetivo de investigación logrando medir lo que realmente se indicaba en la investigación (ver tabla 4).

Tabla 4.

Validez de Contenido del instrumento que mide ambas variables

| Validador | Ocupación | Resultado |
|--------------------------------|---|-----------|
| Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas | Metodólogo, Escuela de Posgrado de la Universidad Alas Peruanas | Aplicable |
| Dr. José Manuel Llatas Román | Docente, Metodólogo de la Universidad Tecnológica del Perú | Aplicable |
| Mg. Nestor Ollais Rivera | Docente, Metodólogo de la Universidad Privada Telesup | Aplicable |

Nota: La fuente se obtuvo de los certificados de validez del instrumento.

Confiabilidad

Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes de TBC del Hospital María Auxiliadora, contando con los permisos correspondientes para acceder a los archivos y a las encuestas, las cuales fueron similares a la del centro de salud de esta investigación. Se consideró del total de ítems solo los que miden cada una de ambas variables, es decir, 15 ítems.

Tabla 5.

Resultados del cálculo en Excel del estadígrafo Alpha de Cronbach para ambas variables

| Alpha de Cronbach | N of Items | Resultado |
|-------------------|------------|---------------------|
| 0,933 | 15 | Altamente confiable |

Prueba de normalidad

Tabla 6.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

| | | Perfil psicológico | Desarrollo terapéutico |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| N | | 111 | 19 |
| Parámetros normales ^{a,b} | Media | 17,76 | 10,37 |
| | Desviación típica | 2,601 | 1,606 |
| Diferencias más extremas | Absoluta | ,187 | ,170 |
| | Positiva | ,118 | ,170 |
| | Negativa | -,187 | -,146 |
| Z de Kolmogorov-Smirnov | | 1,974 | ,740 |
| Sig. asintót. (bilateral) | | ,001 | ,645 |

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En la tabla 6 se puede apreciar que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor > 0.05, por lo que se requiere hacer uso de pruebas paramétricas para las pruebas de hipótesis. Para establecer la correlación se hizo uso del estadígrafo de Pearson y para la variable dependiente el estadígrafo t de Student.

Pruebas de hipótesis

Hipótesis general

H₀: El perfil psicológico no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

H₁: El perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tabla 7.

Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la hipótesis general

| | | Perfil psicológico | Desarrollo terapéutico |
|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| Perfil psicológico | Correlación de Pearson | 1 | ,296** |
| | Sig. (bilateral) | | ,002 |
| | N | 111 | 111 |
| Desarrollo terapéutico | Correlación de Pearson | ,296** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,002 | |
| | N | 111 | 111 |

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

En la tabla 7 se puede apreciar que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0.002 y una correlación directa y significativa de 0.296**, por lo que se afirma la hipótesis alternativa que establece que el perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Primera hipótesis específica

H₀: El aspecto afectivo no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

H₁: El aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tabla 8.

Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Aspecto afectivo y la variable Desarrollo terapéutico

| | | 1. Aspecto afectivo | Desarrollo terapéutico |
|------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|
| 1. Aspecto afectivo | Correlación de Pearson | 1 | ,199* |
| | Sig. (bilateral) | | ,036 |
| | N | 111 | 111 |
| Desarrollo terapéutico | Correlación de Pearson | ,199* | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,036 | |
| | N | 111 | 111 |

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 8 se puede apreciar que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0,036 con una correlación significativa y directa de 0.199*, por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que el aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Segunda hipótesis específica

H₀: El aspecto sociofamiliar no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

H₁: El aspecto sociofamiliar influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tabla 9.

Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Aspecto sociofamiliar y la variable Desarrollo terapéutico

| | | 2. Aspecto sociofamiliar | Desarrollo terapéutico |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| 2. Aspecto sociofamiliar | Correlación de Pearson | 1 | -,242* |
| | Sig. (bilateral) | | ,011 |
| | N | 111 | 111 |
| Desarrollo terapéutico | Correlación de Pearson | -,242* | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,011 | |
| | N | 111 | 111 |

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 9 se puede observar que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0,011, pero una correlación de Pearson significativa pero inversa, por lo que se afirma la hipótesis nula que establece que el aspecto sociofamiliar no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tercera hipótesis específica

H₀: Los hábitos y costumbres no influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

H₁: Los hábitos y costumbres influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tabla 10.

Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Hábitos y costumbres y la variable Desarrollo terapéutico

| | | 3. Hábitos y costumbres | Desarrollo terapéutico |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 3. Hábitos y costumbres | Correlación de Pearson | 1 | ,073 |
| | Sig. (bilateral) | | ,449 |
| | N | 111 | 111 |
| Desarrollo terapéutico | Correlación de Pearson | ,073 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,449 | |
| | N | 111 | 111 |

En la tabla 10 se puede observar que a un nivel de significancia se obtuvo un p-valor = 0.449 (mayor que 0.05), por lo que se establece que no hay correlación, por lo que se afirma la hipótesis nula que establece que los hábitos y costumbres no influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Cuarta hipótesis específica

H₀: La responsabilidad frente a su enfermedad no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

H₁: La responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Tabla 11.

Prueba de hipótesis con la correlación de Pearson para la dimensión Hábitos y costumbres y la variable Desarrollo terapéutico

| | | 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | Desarrollo terapéutico |
|---|---------------------------|--|---------------------------|
| 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | Correlación de Pearson | 1 | ,313** |
| | Sig. (bilateral) | | ,001 |
| | N | 111 | 111 |
| Desarrollo terapéutico | Correlación de Pearson | ,313** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | |
| | N | 111 | 111 |

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

En la tabla 11 se puede observar que a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0.001 y una correlación de Pearson = 0.313** directa y significativa, por lo que se afirma la hipótesis alternativa que establece que la responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.

Descriptivos

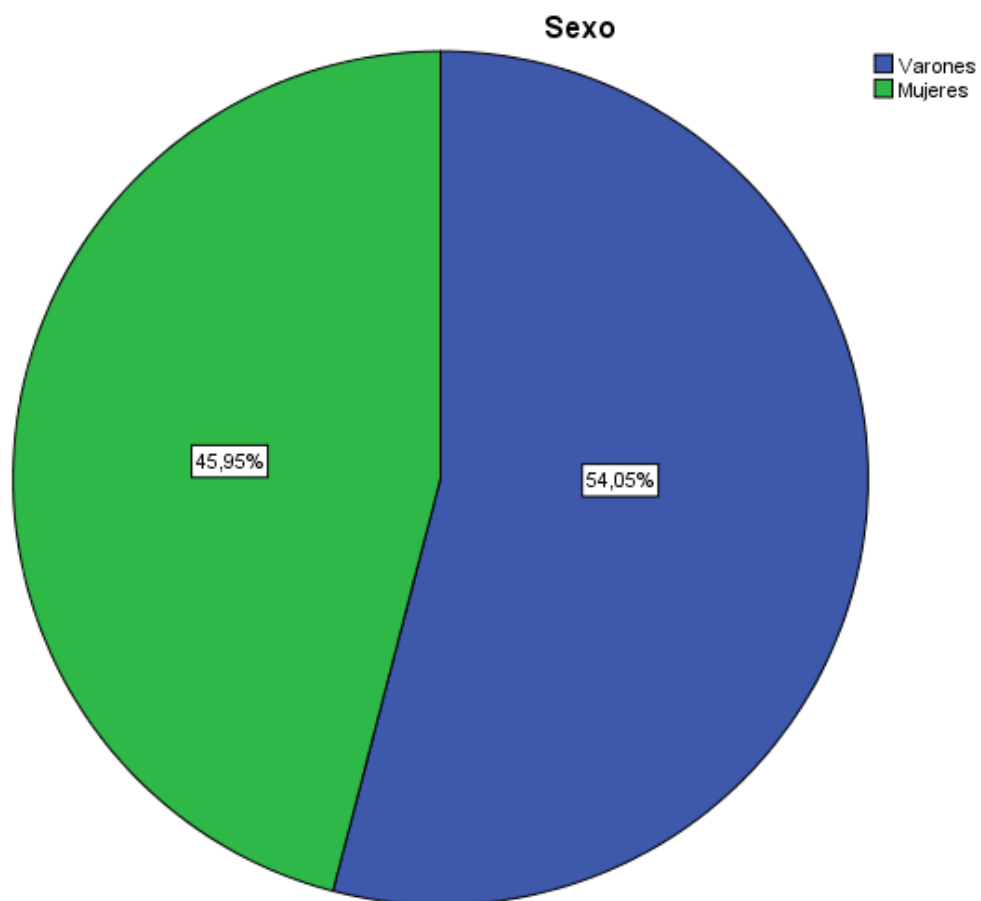


Figura 4. Sexo de los pacientes de TBC

El 54.05% de los participantes fueron varones y el 45.95% fueron mujeres.

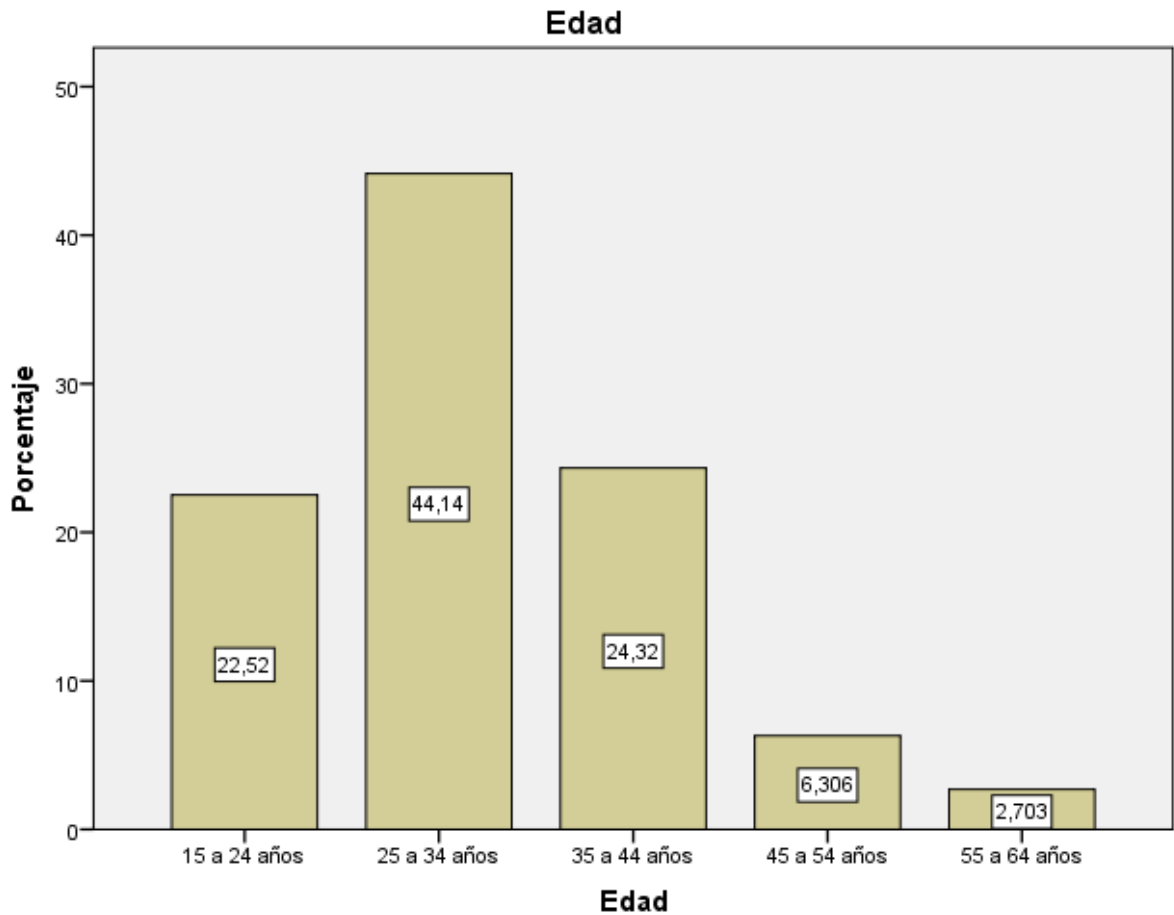


Figura 5. Edad de los pacientes de TBC

El 44% de los pacientes estuvieron dentro de un rango de 25 a 34 años, en su mayoría; el 24.32% estuvieron dentro de un rango de 35 a 44 años; el 22.52% estuvieron dentro de un rango de 15 a 24 años; solo pocos de los pacientes estuvieron en un rango menor de 6.31% y 2.70% respectivamente.

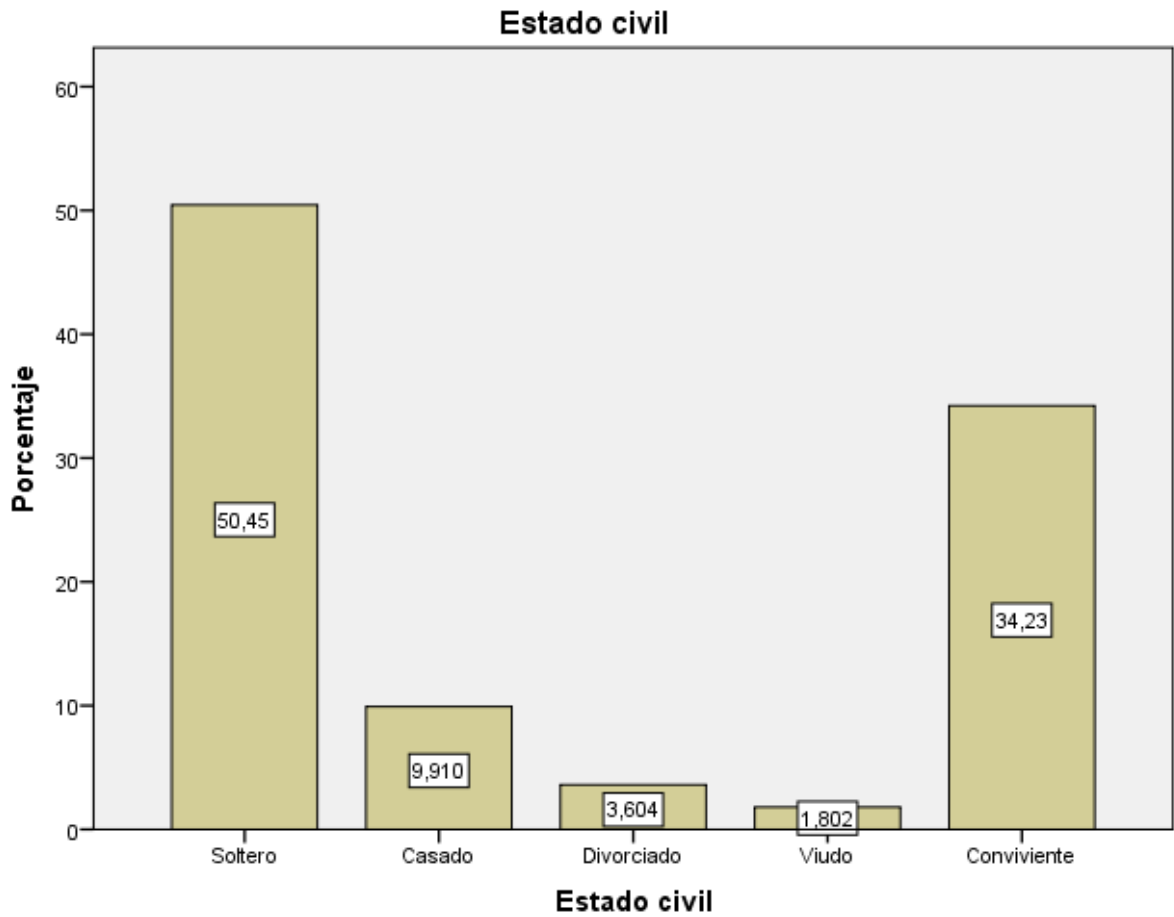


Figura 6. Estado civil de los pacientes de TBC

La mayoría de pacientes participantes, el 50.45% son solteros; le sigue el 34.23% que son convivientes; y en menor proporción los casados, divorciados y viudos, con 9.91%, 3.60% y 1.80% respectivamente.

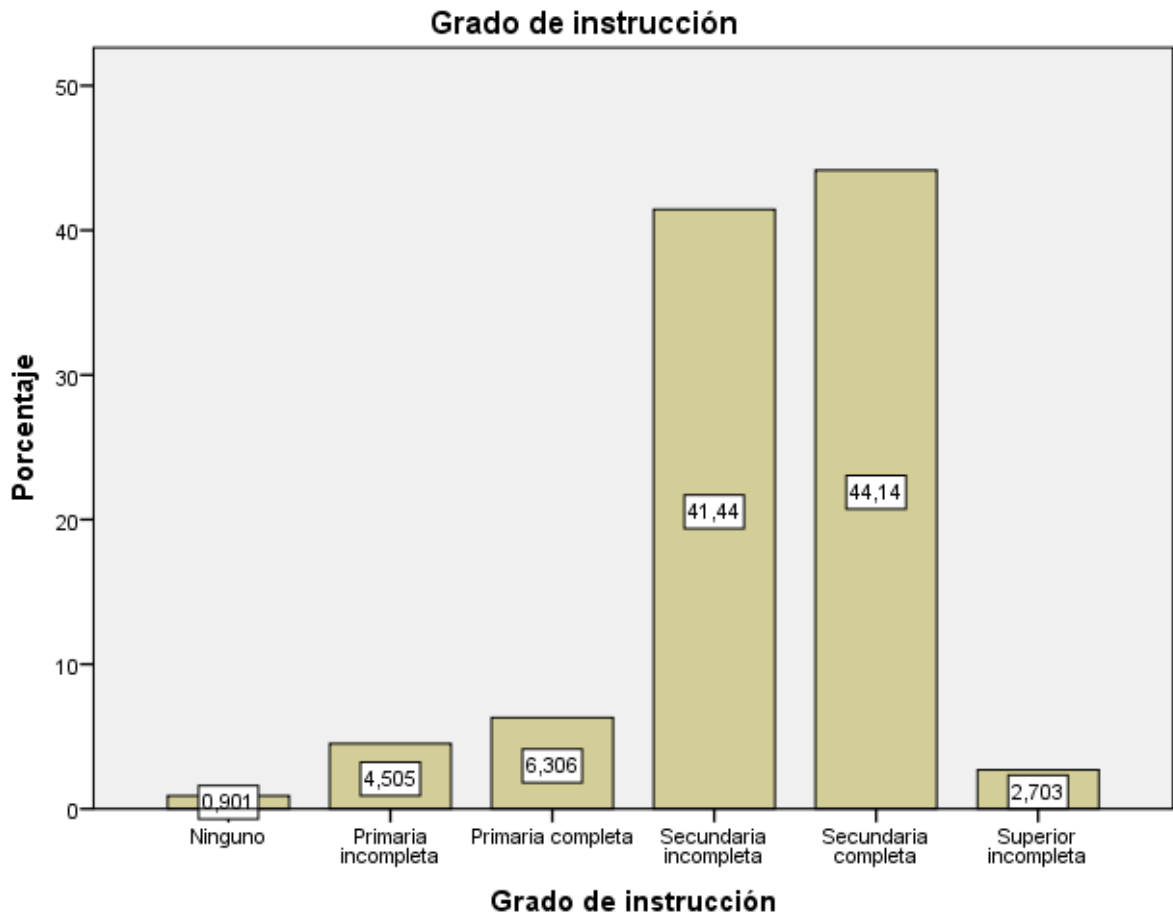


Figura 7. Grado de instrucción de los pacientes de TBC

De los pacientes participantes, la mayoría corresponde a secundaria completa y secundaria e incompleta, con 44.14% y 41.44% respectivamente; en menos cantidad corresponde a primaria completa con 6.61%, primaria incompleta con 4.51%, superior incompleta con 2.70% y con ningún grado de instrucción apenas el 1%; ninguno con superior completa.

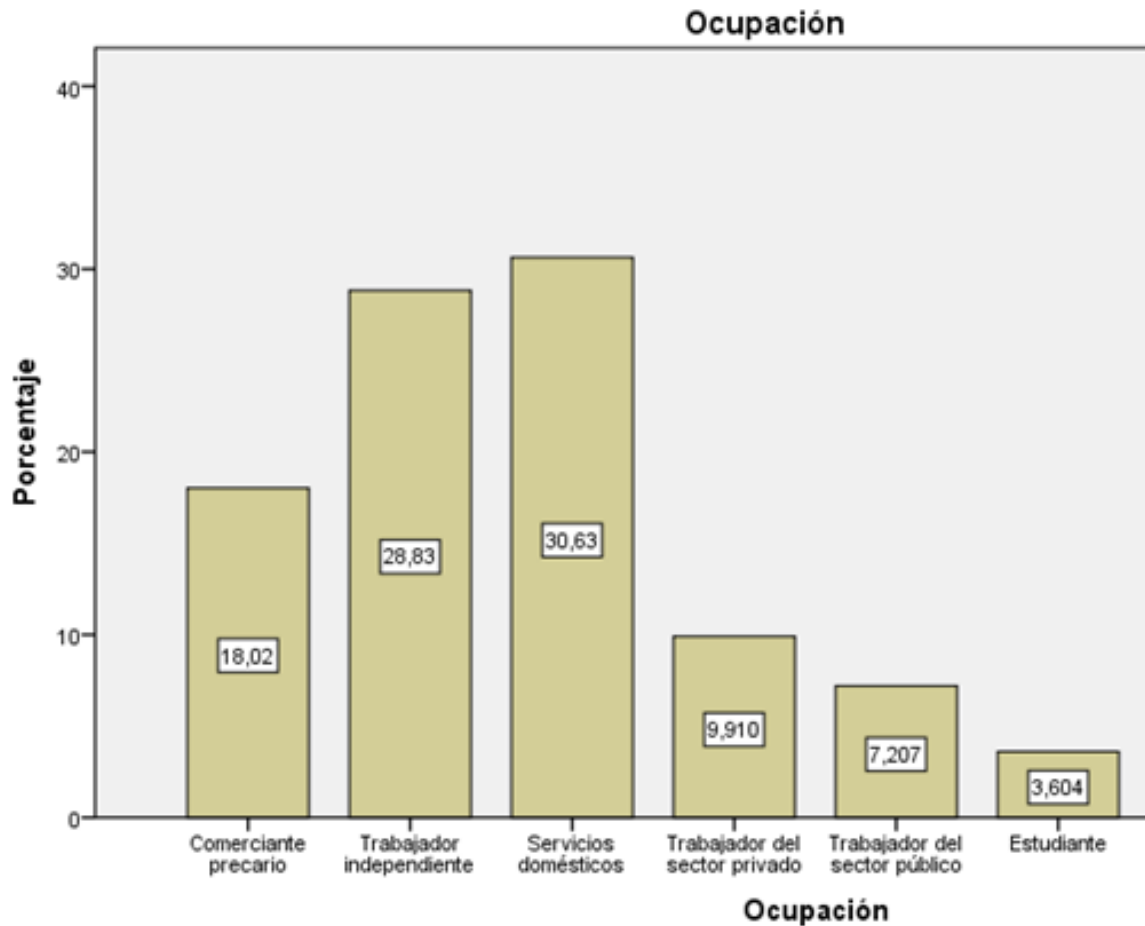


Figura 8. Ocupación de los pacientes de TBC

La mayoría de pacientes corresponden a una ocupación de servicios domésticos con 30.63%, trabajadores independientes con 28.83% y comerciantes precarios con 18.02%; y le siguen trabajadores del sector privado, trabajadores del sector público y estudiantes, con 9.91%, 7.21% y 3.60% respectivamente.

V. DISCUSIÓN

5.1. Análisis de discusión de resultados

Con respecto la hipótesis general, a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0.002 y una correlación directa y significativa de 0.296**, por lo que se afirma la hipótesis alternativa que establece que el perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Por su parte, Riquero (2014), en su investigación Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012, estableció que su investigación tuvo como objetivo, comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los tipos de tratamientos de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012, el diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. Concluyó que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes con depresión leve a moderada como con altos niveles de depresión moderada a severa. Por otro lado, Ordoñez (2013), en su investigación Factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1 Pumapungo. Cuenca 2012, estableció como objetivo determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo. Cuenca 2012. Concluyendo que los pacientes con tuberculosis mantienen cierta estabilidad y adhesión al tratamiento, sin embargo estaban presentes factores psicológicos de riesgo que pueden ocasionar inestabilidad psíquica, uno de ellos es el afrontamiento a la enfermedad en el 26% de pacientes.

Con respecto al primera hipótesis específica, a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0,036 con una correlación significativa y directa de 0.199*, por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que el aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Por su parte, Contreras, Oñate y Quijije (2018), en su investigación Cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final de la vida. Ecuador,

2018, para optar título profesional, en la Universidad Nacional de Chimborazo, en Riobamba, Ecuador, establecieron que los cuidados paliativos se aplicaban desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final de la vida, ayudando al paciente a prevenir y aliviar el sufrimiento psicológico, espiritual, social, económico y el duelo. Uno de sus objetivos era mejorar la calidad de vida incluyendo el entorno familiar. Cabe recalcar que la atención paliativa no era solo una necesidad del envejecimiento sino también de enfermedades crónicas avanzadas, tomando en cuenta que el accionar asistencial se basa en principios bioéticos como la no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. El paciente y su familia podían obtener así bienestar físico, emocional, social y espiritual mejorado la calidad de vida.

Con respecto a la segunda hipótesis específica, a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0,011, pero una correlación de Pearson significativa pero inversa, por lo que se afirma la hipótesis nula que establece que el aspecto sociofamiliar no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Según los resultados, el aspecto sociofamiliar es una dimensión que no debe ser considerada en el perfil psicológico.

Con respecto a la tercera hipótesis específica, a un nivel de significancia se obtuvo un p-valor = 0.449 (mayor que 0.05), por lo que se establece que no hay correlación, por lo que se afirma la hipótesis nula que establece que los hábitos y costumbres no influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Según los resultados, hábitos y costumbres es una dimensión que no debe ser considerada en el perfil psicológico.

Con respecto a la cuarta hipótesis específica, a un nivel de significancia de 0.05 se obtuvo un p-valor = 0.001 y una correlación de Pearson = 0.313** directa y significativa, por lo que se afirma la hipótesis alternativa que establece que la responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Por su parte, Malqui y Vidal (2018), en su

investigación Conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional. Chimbote, 2016, establecieron que la mayoría de las personas tuvieron una actitud más positiva (69.2%), y el 30.8% tuvieron una actitud menos positiva hacia el tratamiento de tuberculosis. La mayoría de las personas presentaron nivel de conocimiento regular (42.3%), seguido del nivel bajo (32.7%) y el nivel alto (25.0%). Existía una relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($p=0.0279$), el tener nivel de conocimiento bajo, se constituye en riesgo elevado para una actitud menos positiva ($OR=4.5$) y, a mayor nivel de conocimiento, mejoraba la actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional ($r=0.28$).

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

1. El perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016, a un nivel de significancia de 0.05, con un p-valor = 0.002 y una correlación directa y significativa de 0.296**. Las dimensiones “aspecto sociofamiliar” y “hábitos y costumbres” no tienen influencia, es decir, no forman parte del perfil psicológico.
2. El aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016, a un nivel de significancia de 0.05, con un p-valor = 0,036 y con una correlación significativa y directa de 0.199*.
3. El aspecto sociofamiliar no influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016, a un nivel de significancia de 0.05, con un p-valor = 0,011, y una correlación de Pearson significativa pero inversa (-0,242*).
4. Los hábitos y costumbres no influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. Según los resultados, hábitos y costumbres es una dimensión que no debe ser considerada en el perfil psicológico, a un nivel de significancia, con un p-valor = 0.449 (mayor que 0.05).
5. La responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016, a un nivel de significancia de 0.05, con un p-valor = 0.001 y una correlación de Pearson = 0.313** directa y significativa.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Recomendaciones

1. Ya que ha quedado demostrado que el perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes de TBC, se debería estructurar uno que sea genérico, es decir, que sea de forma general, para ser tenido en cuenta en todas las instituciones de salud que ofrezcan tratamiento, curación y hospitalización; la participación del profesional de Psicología es plena y servirá también de suma importancia para que pacientes de TBC se curen.
2. Como el aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes de TBC, se debe incidir en la participación plena de los profesionales de Psicología en las terapias otorgadas a estos pacientes, a fin de lograr su restablecimiento y curación en el mínimo tiempo
3. Como los resultados arrojaron que el aspecto sociofamiliar no influye directamente en el desarrollo terapéutico de pacientes de TBC, de todas formas debe considerarse para que sirva de apoyo para el aspecto afectivo, es decir, hacer que las familias participen dando ánimos y ayuden en su conducción a la mejora y curación de dichos pacientes.
4. No obstante los resultados mostraron que los hábitos y costumbres no influyen directamente en el desarrollo terapéutico de pacientes TBC, pues estos debieran estar siempre relacionados con una actitud positiva, ya que dicha actitud mejor colabora con el aspecto afectivo que deben desarrollar para lograr su pronta mejoría y curación.
5. Al quedar demostrado que la responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de pacientes de TBC, los profesionales de la Psicología deben participar plenamente para incidir en estos pacientes ´para que logren su total colaboración con el tratamiento, para el logro de su pronta mejoría y curación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Montedoro, M. (2016). *Definición de desarrollo terapéutico*. Lima, Perú: Red-Mundo.
- Apace Toledo. (2019). *Intervención socio-familiar*. Recuperado de: http://apacetoledo.org/servicio_intervencion_socio_familiar.html.
- Aragón, R. (2019). *Estados de ánimo*. Esalud.com. Recuperado de: <https://www.esalud.com/estados-de-animo/>.
- Asociación de Microbiología y Salud. (2016). *Guía actualizada de la OMS para el tratamiento de la tuberculosis multirresistente (TB-MDR)*. España.
- Avalos, J. (2019). *Calidad del cuidado enfermero y actitud del paciente con tuberculosis multidrogaresistente, Servicio de Neumología, Hospital María Auxiliadora, 2018* (tesis de título profesional). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.
- Cedeño, M., Figueroa, F., Zambrano, J., Romero, C., Arias, C. y Santos, E. (2019). *Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis*. Dominio de las Ciencias ISSN: 2477-8818, Vol. 5, núm.1. ene., pp. 54-68.
- Cívicos, A. y Hernández, M. (2007). Algunas reflexiones y aportaciones en torno a los enfoques teóricos y prácticos de la investigación en trabajo social. *Revista Acciones e investigaciones sociales*, 23, 25-55.
- Contreras, J., Oñate, G. y Quijije, J. (2018). *Cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final de la vida. Ecuador, 2018* (tesis de título profesional). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Gonzales, Y. (2015). *Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, enero - julio 2015* (tesis de título profesional). Universidad Señor de Sipán, Pimentel, Perú.

- González, Lupericio, Hidalgo, León y Salazar (2013). Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). *Revista Salud Uninorte Barranquilla* (Col.); 29 (1): 13-21.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Malqui, P. y Vidal, M. (2018). *Conocimiento y actitud hacia el tratamiento en la persona con tuberculosis de familia disfuncional. Chimbote, 2016* (tesis de título profesional). Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Perú.
- Martos, F., Bermejo, J. y Muñoz, A. (2005). *Auxiliares administrativos de corporaciones locales del país vasco. Temario Ebook*. Sevilla: Editorial Mad.
- Mogrovejo, A. (2019). *Calidad de vida y factores asociados en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2017-2018* (tesis de título de especialista). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- OMS. (1977). *Tratamiento de la tuberculosis: directrices para los programas nacionales*. Programa Mundial contra la Tuberculosis Organización Mundial de la Salud Ginebra, Suiza.
- Ordoñez, M. (2013). *Factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden al Área de Salud Nº 1 Pumapungo. Cuenca 2012* (tesis de título profesional). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Padrón, J. (2006). *Investigar, reflexionar y actuar en la práctica docente*. Recuperado el 16 de mayo de 2019 de <http://padron.entretemas.com/InvAplicada/index.htm>.
- Pérez, A. y Soriano, M. (2018). *Percepciones y discursos frente a la estigmatización y discriminación por tuberculosis en la ciudad de Lima* (tesis de título profesional). Universidad de Lima, Perú.

- Perlam, D. (2002). *Psicología social*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- RAE. (2016). *Diccionario de la Real Academia Española*, Madrid.
- Ramírez, T. (1997). *Como hacer un proyecto de investigación*. Caracas: Editor Tulio. Ramírez.
- Riquero, P. (2014). *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012* (tesis de título profesional). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Rodas. (2019). *Valoración enfermera de la familia. Guía básica*. Recuperado de: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/index.htm.
- Rodríguez, A. (2019). *Aspecto afectivo en el desarrollo personal: componentes*. Lifereder.com. Recuperado de: <https://www.lifereder.com/aspecto-afectivo-desarrollo-personal/>.
- Saavedra, J. y Alania, Z. (2019). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en el Centro de Salud San Cosme, Lima 2018* (tesis de título profesional). Universidad María Auxiliadora, en Lima, Perú.
- Soto, I. (2018). *Diferencia entre hábito y costumbre*. Diferencias.info. Recuperado de: <https://diferencias.info/diferencia-entre-habito-y-costumbre/>.
- Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. Arequipa: Seminariosdeinvestigacion.com.
- Tamayo y Tamayo, M. (1999). *Aprender a investigar. Módulo 2: La investigación*. Bogotá, Colombia; Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.

Torres, M. (2012). *Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social* (tesis de título profesional). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Trejo, M. (2014). *Perfil psicológico y evaluación de las personas vinculadas al crimen organizado*. Chiclayo, Perú: Dirección General de Defensa Pública. Ministerio de Justicia y Derechos humanos.

Vargas, Z. (2009). *La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica*. Educación, vol. 33, núm. 1, pp. 155-165.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|-------------|-------------|-------|---------------------|----------------------|---|--------------------------|--------------------------|----|-------------------------|----------------------------|----------|---|--------------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------|-------------------------------|---|---------|-------------------|----------------------|----|-----------------------------------|---------------------------------|----|---------------------------|-----------------------------------|---------|
| <p>Problema general ¿Cómo influye el perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?</p> <p>Problemas específicos 1. ¿Cómo influye el aspecto afectivo en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016? 2. ¿Cómo influye el aspecto sociofamiliar en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016? 3. ¿Cómo influye los hábitos y costumbres en el desarrollo terapéutico de los pacientes del</p> | <p>Objetivo general Determinar la influencia del perfil psicológico en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> <p>Objetivos específicos 1. Determinar la influencia del aspecto afectivo en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. 2. Determinar la influencia del aspecto sociofamiliar en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. 3. Determinar la influencia de hábitos y costumbres en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC</p> | <p>Hipótesis general El perfil psicológico influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> <p>Hipótesis específicas 1. El aspecto afectivo influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. 2. El aspecto sociofamiliar influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016. 3. Los hábitos y costumbres influyen directamente en el desarrollo terapéutico de los</p> | <p>Independiente X = Perfil psicológico de pacientes de TBC</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Aspecto afectivo</td> <td>1.1. Estado de ánimo</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2. Aspecto sociofamiliar</td> <td>2.1. Apoyo de la familia</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>3. Hábitos y costumbres</td> <td>3.1. Conductas habituales.</td> <td>7, 8 y 9</td> </tr> <tr> <td>4. Responsabilidad frente a su enfermedad</td> <td>4.1. Actitud frente a su tratamiento</td> <td>10, 11, 12 y 13</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dependiente Y = Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Tratamiento quimioterápico</td> <td>1.1. Combinar por lo menos 4 medicinas.</td> <td>15 y 16</td> </tr> <tr> <td>2. Ser prescritos</td> <td>2.1. Dosis correcta.</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>3. Ser consumidos por el paciente</td> <td>3.1. Disciplina y cumplimiento.</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>4. Prevención de recaídas</td> <td>3.4. Precaución post tratamiento.</td> <td>19 y 20</td> </tr> </tbody> </table> | | | Dimensiones | Indicadores | Ítems | 1. Aspecto afectivo | 1.1. Estado de ánimo | 6 | 2. Aspecto sociofamiliar | 2.1. Apoyo de la familia | 14 | 3. Hábitos y costumbres | 3.1. Conductas habituales. | 7, 8 y 9 | 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | 4.1. Actitud frente a su tratamiento | 10, 11, 12 y 13 | Dimensiones | Indicadores | Ítems | 1. Tratamiento quimioterápico | 1.1. Combinar por lo menos 4 medicinas. | 15 y 16 | 2. Ser prescritos | 2.1. Dosis correcta. | 17 | 3. Ser consumidos por el paciente | 3.1. Disciplina y cumplimiento. | 18 | 4. Prevención de recaídas | 3.4. Precaución post tratamiento. | 19 y 20 |
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Aspecto afectivo | 1.1. Estado de ánimo | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Aspecto sociofamiliar | 2.1. Apoyo de la familia | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Hábitos y costumbres | 3.1. Conductas habituales. | 7, 8 y 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | 4.1. Actitud frente a su tratamiento | 10, 11, 12 y 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimensiones | Indicadores | Ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tratamiento quimioterápico | 1.1. Combinar por lo menos 4 medicinas. | 15 y 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ser prescritos | 2.1. Dosis correcta. | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Ser consumidos por el paciente | 3.1. Disciplina y cumplimiento. | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Prevención de recaídas | 3.4. Precaución post tratamiento. | 19 y 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?</p> <p>4. ¿Cómo influye la responsabilidad frente a su enfermedad en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016?</p> | <p>del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> <p>4. Determinar la influencia de la responsabilidad frente a su enfermedad en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> | <p>pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> <p>4. La responsabilidad frente a su enfermedad influye directamente en el desarrollo terapéutico de los pacientes del programa de TBC del Centro Asistencial Miguel Grau – Chaclacayo, años 2010 al 2016.</p> |
|--|--|---|

Anexo 2: Matriz de operacionalización

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems |
|--|--|--|---|---|-----------------|
| X = Perfil psicológico de pacientes de TBC | Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan (RAE, 2016) a quien está recibiendo un tratamiento para la curación de la TBC. Perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados (Torres, 2012). | Se mide a través de: (a) aspecto afectivo, (b) aspecto sociofamiliar, (c) hábitos y costumbres y (d) responsabilidad frente a su enfermedad. | 1. Aspecto afectivo | 1.1. Estado de ánimo | 6 |
| | | | 2. Aspecto sociofamiliar | 2.1. Apoyo de la familia | 14 |
| | | | 3. Hábitos y costumbres | 3.1. Conductas habituales. | 7, 8 y 9 |
| | | | 4. Responsabilidad frente a su enfermedad | 4.1. Actitud frente a su tratamiento | 10, 11, 12 y 13 |
| Y = Desarrollo terapéutico de pacientes de TBC | Consiste en la acción y el efecto de llevar a cabo un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de la tuberculosos para obtener una mejora o curación (Acosta, 2016). | Se mide a través de: (a) tratamiento quimioterápico, (b) ser prescritos, (c) ser consumidos por el paciente y (d) prevención de recaídas. | 1. Tratamiento quimioterápico | 1.1. Combinar por lo menos 4 medicinas. | 15 y 16 |
| | | | 2. Ser prescritos | 2.1. Dosis correcta. | 17 |
| | | | 3. Ser consumidos por el paciente | 3.1. Disciplina y cumplimiento. | 18 |
| | | | 4. Prevención de recaídas | 3.4. Precaución post tratamiento. | 19 y 20 |

Anexo 3: Instrumentos



Instrumento para determinar perfil psicológico y desarrollo terapéutico de pacientes con TBC

Autor: Castillo A, Gilma G. (Adaptado de la Ficha de intervención Psicológica para pacientes con TBC, del programa de control de TBC – Programa de Salud Mental – MINSA – Lima – Este)

Datos recogidos de las Historia Clínicas

DATOS GENERALES

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

INSTRUCCIONES

Por favor llene la ficha según historia clínica de los pacientes

1. Género:

| M | F |
|---|---|
| | |

2. Edad:

| | |
|------------------|--|
| De 15 a 24 años | |
| De 25 a 34 años | |
| De 35 a 44 años | |
| De 45 a 54 años | |
| De 55 a 65 años | |
| De 65 años y mas | |

3. Señale su estado civil:

| | |
|--------------|--|
| Soltero/a | |
| Casado/a | |
| Divorciado/a | |
| Viudo/a | |

4. Señale su nivel de instrucción:

| | |
|-----------------------|--|
| Ninguno | |
| Primaria incompleta | |
| Primaria completa | |
| Secundaria Incompleta | |
| Secundaria completa | |
| Superior incompleta | |
| Superior completa | |

5. Indique su tipo de ocupación:

| | |
|---------------------------|--|
| Empresario - Comerciante | |
| Trabajador independiente | |
| Servicios domésticos | |
| Trabajador no remunerado | |
| Trabajador sector privado | |
| Trabajador sector público | |
| Estudiante | |
| Jubilado | |

6 Señale cual fue su estado de ánimo, antes y durante del tratamiento:

| | Antes | Durante |
|-------------|-------|---------|
| Tristeza | | |
| Alegría | | |
| Equilibrado | | |
| Ansiedad | | |
| Irritable | | |

7. Indique con que afirmación se identifica de acuerdo a los periodos señalados:

| | Antes | Durante |
|--|-------|---------|
| Tono de la voz elevada, gestos amenazantes, actitudes dominantes, impaciencia (Agresivo) | | |
| Tono de voz titubeante, autoestima baja, actitudes inseguras. (Pasivo) | | |
| Tono de voz sin vacilaciones, autoestima alta, actitudes seguras (Asertivo) | | |

8. Señale su nivel de estrés de acuerdo a los periodos indicados:

| | Antes | Durante |
|----------|-------|---------|
| Alto | | |
| Moderado | | |
| Leve | | |
| Ninguno | | |

9. Señale su grado de aceptación de la enfermedad durante los periodos indicados:

| | Antes | Durante |
|--------------|-------|---------|
| Aceptación | | |
| Negación | | |
| Indiferencia | | |

10. Señale de acuerdo a su tratamiento:

| | |
|--|--|
| Su tratamiento fue continuo | |
| Su tratamiento presento periodos de abandono | |
| Abandonó definitivamente el tratamiento | |

11. Señale la afirmación con la que se identifique de acuerdo a los periodos indicados:

| | Antes | Durante |
|---|-------|---------|
| Responsable con la dosis y horarios de los medicamentos. Controles médicos en el periodo indicado. (Saludable). | | |
| Cumplimiento en la dosis y horarios del medicamento no frecuente, Controles médicos solamente en casos extremos. (De riesgo). | | |

12. Qué factores considera que influenciarían en su adhesión al tratamiento. (Explicar brevemente cada factor) Señale 3 principales en orden de importancia:

| | |
|--|---|
| | Factores emocionales |
| | Personalidad |
| | Estrés |
| | Afrontamiento de la enfermedad |
| | Comportamiento responsable con su salud |

13. Indique su nivel de satisfacción respecto a la relación médico-enfermera-paciente durante los periodos de tiempo especificados:

| | Antes | Durante |
|-----------|-------|---------|
| Excelente | | |
| Bueno | | |
| Regular | | |
| Malo | | |

14. ¿Cuál fue la reacción de su familia en torno a su enfermedad de acuerdo a los periodos?:

| | Antes | Durante |
|---------|-------|---------|
| Apoyo | | |
| Rechazo | | |

15. Cumple con las dosis mínimas de tratamiento:

| | |
|--|--|
| Cumple totalmente con su dosis | |
| Cumple de manera parcial, interrumpe el tratamiento. | |
| Abandona el tratamiento | |

16. Tiene conciencia de la importancia del tratamiento:

| | |
|-------------------------------|--|
| Siempre | |
| A veces | |
| No le interesa el tratamiento | |

17. Es puntual y organizado en el cumplimiento de su medicación:

| | |
|-------------------------------|--|
| Siempre | |
| A veces | |
| No le interesa el tratamiento | |

18. Desea culminar el tratamiento y quedar totalmente curado:

| | |
|-------------------------------|--|
| Siempre | |
| A veces | |
| No le interesa el tratamiento | |

19. Conoce el riesgo de una recaída:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Conoce el riesgo | |
| Conoce el riesgo, pero no le interesa | |
| No conoce el riesgo | |

20. Asiste al programa post tratamiento:

| | |
|-----------|--|
| Siempre | |
| A veces | |
| No asiste | |

Anexo 4: Validación de instrumentos

Las propiedades psicométricas del instrumento se encuentran descritas debidamente en su Ficha Técnica.

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron descritas a los expertos, los cuales las validaron y permitieron el uso del instrumento para medir las variables de la presente investigación.

A continuación se muestra la validación de expertos correspondiente.

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas
 1.2 Cargo e institución donde labora: Metodólogo – Escuela de Post – grado – Univ. Alas Peruanas.
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento para determinar perfil psicológico y desarrollo terapéutico de pacientes con TBC.
 1.4 Autor del instrumento: Bach. **Castillo A, Gilma G.** (Adaptado de la Ficha de intervención Psicológica para pacientes con TBC, del programa de control de TBC – Programa de Salud Mental – MINSA – Lima – Este) Datos recogidos de las Historia Clínicas.

| Nº | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente Inf. de 79 | Regular 80 a 85 | Bueno 86 - 90 | Muy bueno 91 - 95 | Excelente 96-100 |
|-----|----------------------|--|--------------------------|--------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| 21. | Claridad y Precisión | Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | | | | | 95 |
| 22. | Coherencia | Las preguntas guardan relación con los indicadores, las dimensiones, las variables e hipótesis. | | | | | 97 |
| 23. | Validez | Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y de criterio. | | | | | 98 |
| 24. | Organización | La estructura es adecuada. Contiene de manera coherente todos los elementos de un instrumento de medición. | | | | | 97 |
| 25. | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque está de acuerdo a la capacidad de respuesta de los sujetos de investigación. | | | | | 96 |
| 26. | Control de sesgo | Presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | | | | | 95 |
| 27. | Consistencia | En su conjunto, el instrumento responde a los objetivos de la investigación. | | | | | 95 |
| 28. | Marco de referencia | Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del evaluado: lenguaje, nivel de instrucción, cultura. | | | | | 97 |
| 29. | Extensión | El número de ítems son suficientes para lograr el objetivo de la investigación. | | | | | 95 |
| 30. | Inocuidad | Las preguntas no constituyen ningún riesgo para el sujeto evaluado. | | | | | 98 |

II. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple condiciones de aplicabilidad.

Lima, 06 de Diciembre del 2016


 Dr. Leoncio Chumpitasi Venegas
 Docente Universitario / Metodólogo
 DNI 08192357

UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Dr. José Manuel Llatas Román
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente / Metodólogo – Universidad Tecnológica del Perú
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento para determinar perfil psicológico y desarrollo terapéutico de pacientes con TBC.
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Castillo A, Gilma G. (Adaptado de la Ficha de intervención Psicológica para pacientes con TBC, del programa de control de TBC – Programa de Salud Mental – MINSA – Lima – Este) Datos recogidos de las Historia Clínicas.

| Nº | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente Inf. de 79 | Regular 80 a 85 | Bueno 86 - 90 | Muy bueno 91 - 95 | Excelente 96-100 |
|-----|----------------------|--|--------------------------|--------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| 11. | Claridad y Precisión | Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | | | | | 95 |
| 12. | Coherencia | Las preguntas guardan relación con los indicadores, las dimensiones, las variables e hipótesis. | | | | | 98 |
| 13. | Validez | Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y de criterio. | | | | | 97 |
| 14. | Organización | La estructura es adecuada. Contiene de manera coherente todos los elementos de un instrumento de medición. | | | | | 98 |
| 15. | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque está de acuerdo a la capacidad de respuesta de los sujetos de investigación. | | | | | 95 |
| 16. | Control de sesgo | Presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | | | | | 97 |
| 17. | Consistencia | En su conjunto, el instrumento responde a los objetivos de la investigación. | | | | | 95 |
| 18. | Marco de referencia | Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del evaluado: lenguaje, nivel de instrucción, cultura. | | | | | 98 |
| 19. | Extensión | El número de ítems son suficientes para lograr el objetivo de la investigación. | | | | | 95 |
| 20. | Inocuidad | Las preguntas no constituyen ningún riesgo para el sujeto evaluado. | | | | | 98 |

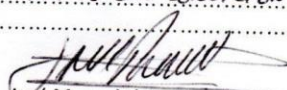
II. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

97%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

EL INSTRUMENTO CUMPLE LAS CONDICIONES REQUERIDAS Y ES APLICABLE

Lima, 06 de Diciembre del 2016


 Dr. José Manuel Llatas Román
 Docente Universitario / Metodólogo
 DNI 09530850

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Mag. Néstor Ollais Rivera
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente / Metodólogo – Universidad Privada TELESUP
- 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento para determinar perfil psicológico y desarrollo terapéutico de pacientes con TBC.
- 1.4. Autor del instrumento: Bach. **Castillo A, Gilma G.** (Adaptado de la Ficha de intervención Psicológica para pacientes con TBC, del programa de control de TBC – Programa de Salud Mental – MINSA – Lima – Este) Datos recogidos de las Historia Clínicas.

| Nº | INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente Inf. de 79 | Regular 80 a 85 | Bueno 86 - 90 | Muy bueno 91 - 95 | Excelente 96-100 |
|-----|----------------------|--|--------------------------|--------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| 1. | Claridad y Precisión | Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades. | | | | | 98 |
| 2. | Coherencia | Las preguntas guardan relación con los indicadores, las dimensiones, las variables e hipótesis. | | | | | 97 |
| 3. | Validez | Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y de criterio. | | | | | 97 |
| 4. | Organización | La estructura es adecuada. Contiene de manera coherente todos los elementos de un instrumento de medición. | | | | | 98 |
| 5. | Confiabilidad | El instrumento es confiable porque está de acuerdo a la capacidad de respuesta de los sujetos de investigación. | | | | | 96 |
| 6. | Control de sesgo | Presenta preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas. | | | | | 97 |
| 7. | Consistencia | En su conjunto, el instrumento responde a los objetivos de la investigación. | | | | | 98 |
| 8. | Marco de referencia | Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del evaluado: lenguaje, nivel de instrucción, cultura. | | | | | 99 |
| 9. | Extensión | El número de ítems son suficientes para lograr el objetivo de la investigación. | | | | | 98 |
| 10. | Inocuidad | Las preguntas no constituyen ningún riesgo para el sujeto evaluado. | | | | | 99 |

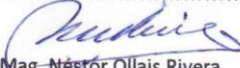
II. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

98%

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento cumple con las condiciones para su aplicación.

Lima, 06 de Diciembre del 2016


Mag. Néstor Ollais Rivera
Docente Universitario / Metodólogo
DNI 08758821

Anexo 5: Matriz de datos

Ítems considerados como vaciado de la información proporcionado por los instrumentos correspondientes (para el Excel y SPSS):

No se consideran para el cálculo:

Sujetos

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Grado de instrucción
5. Ocupación

Se consideran para el cálculo:

6. Señale cual fue su estado de ánimo, antes y durante del tratamiento.
7. Indique con que afirmación se identifica de acuerdo a los periodos señalados
8. Señale su nivel de estrés de acuerdo a los periodos indicados.
9. Señale su grado de aceptación de la enfermedad durante los periodos indicados.
10. Señale de acuerdo a su tratamiento.
11. Señale la afirmación con la que se identifique de acuerdo a los periodos indicados.
12. Qué factores considera que influenciarían en su adhesión al tratamiento. (Explicar brevemente cada factor) Señale 3 principales en orden de importancia.
13. Indique su nivel de satisfacción respecto a la relación médico- enfermera-paciente durante los periodos de tiempo especificados.

Base de datos:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | |
| 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 3 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 5 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 6 | 1 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 7 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 8 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 9 | 2 | 1 | 2 | 4 | 7 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 11 | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 12 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 13 | 2 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 14 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 15 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 16 | 1 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 17 | 2 | 2 | 1 | 4 | 7 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 18 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 19 | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| 20 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 21 | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 22 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 23 | 1 | 4 | 1 | 5 | 77 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 24 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 25 | 2 | 5 | 1 | 3 | 9 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 26 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 27 | 1 | 3 | 2 | 5 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 28 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 29 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 30 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 31 | 2 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 32 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 33 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 34 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 35 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 36 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 37 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 38 | 1 | 3 | 2 | 5 | 7 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 39 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 40 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 41 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 42 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 43 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 44 | 1 | 4 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 45 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 46 | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 47 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 48 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 49 | 1 | 2 | 1 | 5 | 7 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 50 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 51 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 52 | 1 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 53 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 54 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 55 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 56 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 57 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 58 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 59 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 60 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 61 | 1 | 2 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 62 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 63 | 2 | 2 | 5 | 5 | 7 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 64 | 1 | 3 | 5 | 6 | 6 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 65 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 66 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 67 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 68 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 69 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 70 | 2 | 2 | 1 | 4 | 8 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 71 | 1 | 2 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 72 | 2 | 1 | 1 | 4 | 7 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 73 | 1 | 2 | 1 | 4 | 6 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 74 | 1 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 75 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 76 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 77 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 78 | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 79 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 80 | 2 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 81 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 82 | 1 | 2 | 3 | 5 | 7 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 83 | 2 | 1 | 3 | 6 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 84 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 85 | 1 | 2 | 5 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 86 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 87 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 88 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 89 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 90 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 91 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 92 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 93 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 94 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 95 | 2 | 1 | 1 | 4 | 7 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 96 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 97 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 98 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 99 | 1 | 4 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 100 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 101 | 1 | 2 | 1 | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 102 | 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 103 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 104 | 2 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 105 | 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 106 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 107 | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| 108 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 109 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 110 | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 111 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |

14. ¿Cuál fue la reacción de su familia en torno a su enfermedad de acuerdo a los periodos?

15. Cumple con las dosis mínimas de tratamiento

16. Tiene conciencia de la importancia del tratamiento

17. Es puntual y organizado en el cumplimiento de su medicación.

18. Desea culminar el tratamiento y quedar totalmente curado.

19. Conoce el riesgo de una recaída

20. Asiste al programa post tratamiento