

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013”

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

**GOMERO DE LA CRUZ, Cindy Massiel
GONZALES PALACIOS ,Nancy Janett
SUBELETE AUCCACUSI, Edith**

Callao, Diciembre, 2013

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ	Presidente
Dra. ANA MARÍA YAMUNIQUE MORALES	Secretaria
Lic. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	Vocal

ASESORA: Mg. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

NUMERO DE LIBRO DE ACTA : 01

NUMERO DE ACTA : 08

FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS 02-12-2013

RESOLUCIÓN DE SUTENTACIÓN N°095-2013-D/FCS

**“CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL
DE AUTOESTIMA DE LOS
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
DE LA MICRORED SANTA FE 2013”**

DEDICATORIA

A nuestros amados padres, quienes nunca dejaron de confiar en nosotras, a ellos quienes nos han apoyado para poder llegar a esta instancia de nuestros estudios, ya que siempre han estado presentes para apoyarnos moral y psicológicamente durante nuestro ir y venir universitario.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia porque después de varios esfuerzos, dedicación, aciertos y reveses que caracterizaron el desarrollo de nuestra formación profesional, nos guió con su luz divina para no desmayar por este camino que hoy vemos realizado.

A nuestra asesora por guiarnos y brindarnos su tiempo en conjunto con nuestros docentes por su disponibilidad y apoyo durante el proceso de elaboración de esta tesis de pregrado.

Finalmente a nuestra alma mater nuestra querida Universidad Nacional del Callao, por formarnos profesionalmente y brindarnos las facilidades dadas para llevar a cabo esta investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS
ÍNDICE DE GRÁFICOS
INTRODUCCIÓN
RESUMEN
ABSTRACT

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- Identificación del problema	9
1.2.- Formulación del problema	13
1.3.- Objetivos de la investigación	13
1.4.- Justificación	13
1.5.- Importancia	15

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedente del Estudio	16
2.2.- Marco conceptual, teórico	22
2.3.-Definición de términos básicos	48

CAPÍTULO III: VARIABLE E HIPÓTESIS

3.1.-Variables de la investigación	49
3.2.- Operacionalización de las variables	50
3.3.- Hipótesis general	52

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1.- Tipo de investigación	53
4.2.- Diseño de la investigación	53
4.3.- Población y Muestra	54
4.4.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	57
4.5.-Procedimientos de recolección de datos	60
4.6.- Procesamiento estadístico y análisis de datos	60

CAPÍTULO V: RESULTADOS	63
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	73
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	74
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	86

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1	63
CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN LOS PACIENTE CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
CUADRO N°2	64
NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
CUADRO N°3	65
RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
CUADRO N°4	67
RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RELACION DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
CUADRO N°5	68
RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN DESARROLLO DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
CUADRO N°6	69
RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ESTABILIDAD DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	66
RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013	
GRÁFICO N°2	108
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU SEXO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
GRÁFICO N°3	108
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU GRUPO ETÁREO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
GRÁFICO N°4	109
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU ESTADO CIVIL DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
GRÁFICO N°5	109
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU PROCEDENCIA DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
GRÁFICO N°6	110
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	
GRÁFICO N°7	110
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.	

RESUMEN

La presente investigación titulada "Clima social familiar y Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013", tuvo como objetivo general determinar la relación entre Clima Social Familiar y el nivel de Autoestima en dichos pacientes. La metodología fue de tipo descriptivo - correlacional y de corte transversal, con una muestra de 44 usuarios, pertenecientes a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN-PCT. Se utilizaron dos instrumentos de tipo Likert: La Escala del Clima Social Familiar y la escala de Autoestima de Rosenberg.

Los resultados denotan que del 100% (44) de los pacientes, sólo el 24.97% (11) presentó un clima social familiar adecuado, mientras que el 74.94% (33) presentó un clima social familiar entre medianamente adecuado e inadecuado. Por otro lado en relación al nivel de autoestima de los pacientes, se observó que sólo el 22.67% (10) presentó un nivel alto de autoestima, mientras que el 77.24% (34), presentó una autoestima de medio a bajo nivel.

Finalmente al establecer la relación mediante la prueba correlacional de Pearson, con un nivel de significancia de 95% ($p= 0.002$), se concluye que existe una correlación directamente proporcional significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis, con lo cual se corroboró la hipótesis planteada de la investigación.

Palabras Claves: Clima Social Familiar, Autoestima, Tuberculosis.

ABSTRACT

This research entitled " family social climate and self-esteem level of patients with tuberculosis of the Microgrid Santa Fe 2013 " , aimed generally determine the relationship between Family Social Climate and the level of self-esteem in these patients . The methodology was descriptive - correlational and cross-sectional , with a sample of 44 users , belonging to the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis ESN- PCT. It used two Likert -type instruments : The Social Climate Scale family and Rosenberg Self-Esteem scale .

The findings indicate that 100% (44) of patients , only 24.97% (11) had a proper family social climate , while 74.94 % (33) presented a fairly family social climate between appropriate and inappropriate . On the other hand in relation to the self-esteem of patients, we observed that only 22.67%(10) had a high level of self-esteem , while 77.24 % (34) presented a medium to low self-esteem level .

Finally to establish the relationship by Pearson correlation testing him , with a significance level of 95 % ($p = 0.002$) , we conclude that there is a significant direct correlation between family social climate and self-esteem of patients with tuberculosis , which corroborated the hypothesis of the research.

Keywords: Family Social Climate, Self Esteem Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países, a la vez es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Sin embargo, lo que requiere atención no son las estadísticas, sino las personas y el sufrimiento real que se ocultan detrás de ellas, ya que esta enfermedad no sólo afecta a los pacientes, sino también a sus familias y comunidades.

Muchas veces el ambiente socio familiar de los pacientes con esta enfermedad no es el más adecuado, puesto que en la mayoría de los casos es difícil de aceptar su condición y aún así no es aceptado en su totalidad, perjudicando al paciente en el desarrollo de su autoestima.

Según Moos, el clima social familiar dentro del cual funciona un individuo debe tener un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general, así como su desarrollo social, personal e intelectual. Recomienda que una familia será saludable en la medida que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiados a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros².

Por otro lado, Rosenberg señala que el término autoestima es un sentimiento estable de la valoración personal, se refiere a las evaluaciones que una persona hace y comúnmente mantiene sobre sí misma que tiende a modificarse ante alguna situación³. Es en base a

estos conceptos que nos interesamos en determinar la relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis.

El presente trabajo de investigación está conformado por el siguiente esquema: Capítulo I: El Planteamiento del problema; que incluye la formulación y justificación del problema, propósito y objetivos; Capítulo II: El marco teórico; que incluye revisión bibliográfica – antecedentes del estudio, marco conceptual – teórico; Capítulo III : Variables e hipótesis donde incluye la Operacionalización de las variables y la formulación de la hipótesis; Capítulo IV: La Metodología; que incluye tipo de estudio, diseño de la investigación , población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos ,procedimiento de recolección de datos y procesamiento estadístico y análisis de datos. Seguido a ello como Capítulo V: Resultados, Capítulo VI: Discusión de resultados, Capítulo VII: Conclusiones y Capítulo VIII: Recomendaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, y los Anexos utilizados en este trabajo de investigación, que serán de utilidad para los interesados en el tema. Puesto que se desea que dicho trabajo pueda ser utilizado como referencia para fortalecer la función investigadora y que a futuro se realicen otros estudios para mejorar la participación activa de la familia en el proceso de rehabilitación en pacientes con tuberculosis mediante un mejor constructo de su autoestima.

CAPÍTULO I

1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.- Identificación del problema

Hoy en día la Tuberculosis es considerada un problema de salud pública en todo el mundo, lo que se evidencia en las altas tasas de morbilidad y mortalidad siendo considerada una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80 % está en los países en vías de desarrollo y el 45% de los enfermos se encuentran en edad más productiva (15-44 años). Es por ello que en 1993 la OMS declaró la TBC como una "emergencia global" y puso como objetivo su control (no su erradicación).

A nivel mundial se estima que un tercio de la población ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida. Nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmite la enfermedad a 10 ó 15 personas si no han recibido tratamiento⁴.

En el 2011, el mayor número de casos ocurrió en Asia, a la que correspondió el 60% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año África subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 260 casos por 100 000 habitantes.

En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está sucediendo más lentamente. En Brasil y en China, por ejemplo, se encuentran entre los 22 países donde

se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 45%⁵.

El 17 de octubre del 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su último reporte sobre la situación de la tuberculosis en el mundo. En el informe el Perú 'sobresale' como el segundo país con el mayor número de enfermos de tuberculosis a nivel de toda América. En el Perú cada año alrededor de 32 mil ciudadanos de todas las edades, incluyendo niños pequeños y adultos mayores, son diagnosticados con tuberculosis.

A nivel local, el 60% de personas con tuberculosis viven en Lima y Callao, siendo el cercado del Callao y Ventanilla los distritos con mayor carga de casos nuevos, considerándose Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de la Tuberculosis. De las tres redes existentes en la región callao, La Red Bonilla presenta una alta tasa de mortalidad, incidencia e incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo (159.24 x 100,000Hbtes; 126.88 x 100,000Hbtes y 71.71 x 100,000Hbtes respectivamente), Tasas que son elevadas en relación a las otras dos redes y que nos habla de una mayor probabilidad de contagiarse debido al hacinamiento que hay en muchos hogares pertenecientes a la Red y los factores asociados que un considerable grupo de pacientes conllevan como son las comorbilidades y otros aspectos sociales: alcoholismo, drogadicción, personas privadas de su libertad, personas con antecedente penales entre otras⁶. Sin embargo, a pesar de existir planes operativos y estrategias bien diseñadas en los

aspectos biomédicos para tratar esta enfermedad altamente contagiosa, nos encontramos con el otro lado de la realidad que vive el enfermo con tuberculosis como es; la falta de diagnóstico, atención oportuna del estado psicológico y el desconocimiento si tiene o no una red social lo suficientemente amplia que cumpla con las funciones de soporte social efectivo⁷. En este aspecto el ámbito familiar juega un rol sumamente importante aunque para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos⁸.

El modelo de atención integral basado en familia y comunidad propone relevar como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros y de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno local, regional y nacional.

La integralidad de la atención en salud es la aspiración de todas las personas, así como uno de los principios orientadores del modelo de atención integral de salud centrado en la familia, ya que la continuidad de la atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un

conocimiento acumulativo de las personas y familias a cargo, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre los integrantes del equipo de salud y su población adscrita. Es así que enfermería no puede quedar ajena a ello y lleva sus cuidados integrales a este plano⁹.

Por otro lado, se puede apreciar cómo la autoestima disminuye ante esta enfermedad, modificando la identidad y en ocasiones la autoimagen de la persona, lo cual reduce su sensación de control y seguridad, aumentando su dependencia y sentimientos de incapacidad. Ello se vio reflejado durante nuestro internado comunitario, en la rotación por la Estrategia Sanitaria Nacional De Prevención y Control de la Tuberculosis dentro de la Microred Santa Fe, ya que se observó que los pacientes del programa muchas veces referían sentirse mal por el trato de sus familiares hacia ellos o que prefieren que la gente de su entorno no estén al tanto de su enfermedad por temor a su reacción. En otros casos también se sabe que muchos de ellos viven solos o que sufren el abandono de su pareja y muchas veces no cuentan con los medios económicos suficientes para su propia manutención.

Son reiterantes las veces en las que dichos pacientes nos confían sus temores mediante el llanto y las facies tristes. Es por ello que vemos importante conocer hasta qué punto se relaciona el clima social familiar con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis, lo cual nos permitirá como enfermeras cumplir a cabalidad con el cuidado holístico que propagamos.

1.2.- Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013?

1.3.- Objetivos de la investigación

GENERAL:

1. Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características del clima social familiar de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.
2. Identificar el nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.
3. Relacionar el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

1.4.- Justificación

La tuberculosis no sólo es una enfermedad infectocontagiosa causada por una bacteria sino es una enfermedad eminentemente social y multicausal.

La primera reacción de las familias por lo general es un rechazo por desconocimiento de la enfermedad, ya que éstas temen al verse

expuestas a una patología o situación desconocida para ellas. No sólo el paciente se ve rechazado por sus familiares sino también por personas de su entorno, lo que conlleva a un distanciamiento aún más entre los miembros de la familia puesto que se siente excluida por su núcleo social.

Según la psicóloga Ana Hidalgo, esta manera de ver las cosas disminuye la autoestima a un grado preocupante, que puede llevar a una actitud rígida, perjudicando física y emocionalmente a la persona¹⁰.

En este marco la situación del enfermo se torna crítica en la cual se ve afectada y comprometida su salud, así como también su clima social familiar y autoestima¹¹.

Por ende es importante que el profesional de enfermería encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis no sólo conozca la esfera biológica de esta enfermedad sino también tenga conocimiento del impacto que causa sobre el paciente y su familia, generando repercusiones en su autoestima¹².

Es por ello que esta investigación nace por la necesidad de poner en conocimiento la importancia de la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, para que así la familia pueda asumir un rol protagónico como parte del restablecimiento de su paciente y que éste a su vez mantenga un adecuado nivel de autoestima; superando así cualquier impacto emocional que tiene para

las familias conocer y convivir con uno de sus miembros afectado por esta enfermedad.

Con los resultados de este estudio se busca brindar un aporte dirigido a la ESN-PCT, para sugerir un programa de promoción y prevención a esta problemática, el cual establezca el diseño de estrategias que permitan a los pacientes con tuberculosis vivir dentro de un clima social familiar adecuado con una autoestima fortalecida y con ello permitirle tener una mejor calidad de vida.

1.5.- Importancia

La importancia de este estudio es proporcionar información verídica, oportuna y específica al equipo multidisciplinario de la Microred Santa Fe, en especial al profesional de enfermería responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, para que pueda ejecutar actividades preventivos – promocionales para mejorar la participación activa de la familia; concientizándolos sobre la importancia de su apoyo en la recuperación y rehabilitación del paciente, lo cual se verá reflejado en la mejora del clima social familiar y fortalecimiento de la autoestima del paciente.

Por otro lado, los resultados permitirán sugerir una guía donde se incluya el trabajo multidisciplinario por parte del equipo de salud en conjunto con la familia como elemento clave para mejorar la calidad de vida del paciente con tuberculosis.

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.-Antecedente del Estudio

2.1.1.-Antecedentes internacionales

DEARMAN, Husain M y otros. (2008). En su estudio de tipo correlacional cuantitativo titulado ***“La relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción de la enfermedad en pacientes con tuberculosis en Pakistán”***. Que tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la ansiedad, depresión y la percepción de la enfermedad en los pacientes con tuberculosis. Encontraron que el 46.3% de pacientes con tuberculosis en un hospital de Pakistán tenían depresión, además encontraron que el incremento de los puntajes en las escalas de depresión y ansiedad estaban asociadas con el incremento de sus indicadores de estudio como fueron los síntomas reportados, percepción de las consecuencias y menor control sobre la enfermedad¹³.

CÁCERES, Flor y otros (2007). En su trabajo realizaron un estudio de seguimiento a una cohorte de adultos con Tuberculosis titulado: ***“Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso”***.Bucaramanga-Colombia.Tuvo como objetivo determinar la incidencia y los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso.

Observaron que del seguimiento de 261 personas, 39 personas abandonaron el tratamiento debido a que los factores protectores como:

tener apoyo familiar, efectos secundarios y recibir tratamiento donde se le hizo el diagnóstico no fueron los más adecuados. Por otro lado los factores de riesgo fueron los siguientes: inicio de síntomas mayor de dos meses, estrato socioeconómico bajo, tener entre 21 y 30 años, haber estado detenido, tener más de dos faltas al tratamiento y tener VHI/Sida. Finalmente recomendaron hacer diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, fomentar el apoyo familiar, realizar intervenciones ante faltas al tratamiento, especialmente en personas con VHI/Sida de estratos bajos y con antecedentes carcelarios¹⁴.

HERNÁNDEZ E. y otros.(2009).En su trabajo de tipo cuantitativo y cuasi experimental realizaron un estudio titulado ***“Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba”*** .Cuba. Cuyo objetivo fue reducir la morbilidad por tuberculosis a niveles progresivamente menores en los próximos años. Encontraron que la conducta que tendría la población de 12 años y más con alguna referencia sobre la Tuberculosis, ante personas enfermas o que hayan padecido tuberculosis, concluyendo que el 78.2% mantendría relaciones normales con las mismas, un 14.6% no sabría qué hacer y sólo un 4.5% dejaría de relacionarse con estas personas, mientras el 2.7% reaccionaría de otra manera¹⁵.

HERRERA, Nancy. (2011). En su trabajo de tipo descriptivo, cualitativo y no experimental realizó un estudio titulado ***“El Impacto Social en la Familia de los Pacientes Enfermos con Tuberculosis detectados en el Gabinete de la Caja Petrolera de Salud (CPS) Regional Santa Cruz”***

Bolivia. Cuyo objetivo fue determinar el alcance del impacto social en la familia de los enfermos con tuberculosis. Obtuvo como resultado que el diagnóstico de la TBC genera en los paciente y en la familia temor y ansiedad por la enfermedad, a su vez que la falta de apoyo repercute en la demora del proceso del tratamiento y que la familia sufre un fuerte impacto, por la discriminación por parte de los amigos y la comunidad en el entorno social¹⁶.

HERRERA, Olivia. (2007). En su trabajo de tipo descriptivo, realizó un estudio titulado ***“Cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar”***. México. Tuvo como objetivo describir un modelo de plan de cuidados a pacientes adultos con tuberculosis pulmonar, refiere: “Que la enfermera debe hacer comprender al paciente y su familia, la responsabilidad que tiene, con el propósito de lograr cambios de actitudes favorables en las comunidades que permiten la aceptación de las medidas y participación activa en la ejecución y promoción de la salud del medio ambiente donde vive”¹⁷.

MESÉN ARCE, Minerva. (2005). En su estudio titulado: ***“Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Estudio de un caso urbano, el cantón de Desamparados”***. Costa Rica. Cuyo objetivo fue identificar cuáles son las causas más importantes para que no ocurra la debida adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Refiere: “El apoyo familiar es un factor importante que influye positivamente en la adherencia, pero que también influye de forma negativa, cuando la familia o el equipo de salud aísla al

paciente y lo estigmatiza. Por otro lado en el trabajo se evidencia la importancia del contexto familiar y el apoyo que este ofrece al paciente en el proceso de curación, y a su vez la escasa importancia que este significa en el proceso de gestión de los servicios de salud”¹⁸.

2.1.2.-Antecedentes nacionales

BALDEON, Noemí. (2006). En su trabajo de tipo descriptivo correlacional de corte transversal quien investigaron sobre, ***“Relación entre el Clima social, familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil tablada de Lurín VMT”*** .Lima. Quién tuvo como objetivo establecer la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis. En sus resultados la mayoría fluctúan entre los rangos medianamente favorable y desfavorable, lo que significa que la mayoría de las familias no están compenetrados ni se apoyan entre sí, por otro lado el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de manera global es de medio a bajo (83%), evidenciándose un porcentaje mayoritario siendo susceptible a una inadecuada capacidad de afronte a las situaciones adversas ejerciendo efectos negativos sobre la salud física y la respuesta ante el tratamiento medicamentoso.¹⁹.

NEYRA, Antón y col. (2007). En su trabajo de tipo descriptivo correlacional titulado: ***“Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis”*** Piura. Cuyo objetivo fue

determinar la relación entre el bajo nivel de conocimientos y la actitud de rechazo hacia el tratamiento de la tuberculosis. Encontraron que el nivel de conocimiento fue bajo en treinta y tres de ellos y que sólo seis poseían un nivel alto. La indiferencia hacia el tratamiento fue la actitud más frecuente (50 de 67), y solamente 10 mostraron una actitud de aceptación²⁰.

BRAVO, Edson E. (2008). En su trabajo de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal realizó un estudio titulado. "**Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza**". Lima. Cuyo objetivo fue determinar las actitudes del paciente con tuberculosis. Llegó a la conclusión que la actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistencia es de indiferencia ya que en todos los componentes presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad ²¹.

ROJAS TELLO, Gladys. (2006). En su investigación de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, titulado: "**Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Tablada" Lurín**". Lima. Tuvo el objetivo de Determinar las Actitudes de la familia hacia el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Concluyó que existe un considerable porcentaje de familiares que tienen una actitud de aceptación 68.75%, seguido de una actitud de indiferencia 31.25% hacia el Diagnóstico de la Tuberculosis

Pulmonar y un porcentaje muy significativo, hacia el oportuno diagnóstico, ya sea a través de los criterios clínicos²².

CRUZ CARRANZA, Mery. (2010). En su estudio de tipo cualitativo, titulado: ***“Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales en el Centro de Salud Tablada de Lurín”***. El objetivo que orientó su trabajo fue comprender y analizar la percepción de los pacientes con TBC sobre el apoyo emocional que brinda su grupo familiar y del personal del salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. Concluye que: La percepción que tienen los pacientes sobre la relación terapéutica que establece con el profesional de salud en un inicio es el temor de ser ignorados, discriminados o rechazados, percepción que se va modificando a medida que transcurre el tratamiento, pues el apoyo que reciben del personal es alentador después y se manifiesta con el buen trato, la paciencia, la motivación, comprensión, la confianza e incluso la educación a la familia, sintiéndose así aceptado y con su necesidad de afecto satisfechas²³.

CAPACUTE CHAMBILLA, Katerine Mavel. (2012). En su trabajo de tipo descriptivo correlacional titulado: ***“Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono sur Tacna”***. Cuyo objetivo fue establecer la relación entre las variables mencionadas. Recomienda a los profesionales de Enfermería y en general a todo el

equipo de salud fomentar la educación y las actividades preventivo promocionales respecto a la prevención de la tuberculosis (en todas sus formas) en pacientes con tuberculosis, familiares y la comunidad, teniendo en cuenta que primero se debe indagar el conocimiento de los mismos²⁴.

TORRES URIA, Margarita. (2007). En su trabajo de tipo descriptivo, comparativo y correlacional titulado: ***“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”***. Lima. Cuyo objetivo fue Establecer la relación entre los niveles de soporte social y depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo. Concluye que: Los enfermos TBP-FP crónicos en su mayoría presentan síntomas depresivos de moderado a severo, asociándose esto a los largos años con tuberculosis y el escaso soporte social²⁵.

2.2.- Marco conceptual y/o teórico

2.2.1.-CLIMA SOCIAL FAMILIAR

A) FAMILIA

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial"²⁶.

Es la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno²⁷.

La familia, para Ricardo Robles Planas (2004), es una institución social en la cual a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en un ámbito de cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de los individuos a la sociedad. Para su funcionamiento, a su vez, la familia debe satisfacer las siguientes actividades: lo predecible de la vida de sus miembros, la coordinación de las actividades familiares, la creación de niveles de exigencia, la presencia de un clima de comunicación y apoyo recíproco²⁸.

- ***Psicodinámica de la vida en familia***

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establece entre sus miembros es de capital importancia.

Basta señalar que la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes.

La familia difiere de otros grupos humanos en muchos aspectos, como la duración e intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que estos desempeñan. Las características psicológicas de

la familia son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros.

Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales, pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contra reacciones en los demás y en ellos mismos. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema abierto. Dentro de este sistema actúan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural.

- ***Organización o estructura***

Está constituida por las interacciones interpersonales y los procesos que se dan dentro de la familia quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. Con fines prácticos se puede afirmar que la organización está formada por los siguientes elementos: jerarquía, alianzas, límites o fronteras, funciones o papeles o formas de control del comportamiento.

- ***Funciones o papeles***

Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es requisito indispensable para la realización de las tareas que hacen posible la vida en familia.

Los papeles reciben gran influencia del ambiente sociocultural donde se desarrolla la familia de manera que habrá que mostrarse muy respetuoso al juzgar su funcionalidad cuando se pertenece a un medio diferente.

Lo deseable es que los papeles desempeñados faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que al mismo tiempo promueva el desarrollo individual de cada uno de sus integrantes. También es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de las funciones de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario.

- ***Ambiente emocional***

El clima emocional dentro de la familia depende del tipo y expresión de los sentimientos entre sus componentes, así como el interés mutuo y de la calidad de la vida sexual. En cuanto a la expresión de los sentimientos, una familia funcional permite que los familiares expresen no solo sus sentimientos negativos, sino también los positivos.

Una familia se considera funcional cuando la expresión de sentimientos tales como: Ambivalencia, rechazo, tristeza y angustia son normales en cualquier relación humana, sin sentir que se corre el riesgo de perder cariño, pues se tiene la confianza básica de ser aceptado.

- ***El ciclo vital de la familia***

Una de las demandas de cambios más trascendentales en la vida de una familia es la que se origina con el transcurso del tiempo y el consiguiente paso de una etapa a otra de la vida familiar. La formación de la pareja, el

nacimiento de los hijos, la educación de estos, el pasaje a la adolescencia o a la vida adulta, y finalmente, la contracción o desaparición de la familia, representan etapas naturales potencialmente generadoras de estrés en los integrantes del grupo primario.

- ***Complicaciones del desarrollo de la familia***

Existen situaciones familiares que pueden entenderse como complicaciones o variaciones de su desarrollo habitual. Cabe citar entre ellas la de la familia interrumpida, la de la familia reducida y la de la familia reconstruida.

La familia interrumpida es la que se ha desintegrado por la separación o divorcio de los padres. Los problemas surgen cuando los integrantes de la pareja resienten mucho la separación, cuando los sentimientos negativos relacionados con ésta no se han resuelto del todo o cuando los divorciados no consiguen ponerse de acuerdo sobre la custodia de los hijos, el monto de la pensión, las visitas del padre ausente, etc.

- ***Grados de funcionalidad y disfuncionalidad familiar***

El funcionalismo familiar no es un asunto de todo o nada, por lo que muchas veces se hace necesario cuantificarlo desde el grado óptimo hasta el más disfuncional. Los conflictos se resuelven mediante la comunicación y negociación. Hay acuerdo respecto a las funciones o tareas y una atmósfera cálida donde se expresan libremente los

sentimientos, se comparten valores y hay relaciones sexuales satisfactorias²⁹.

- ***Apoyo familiar en los pacientes con tuberculosis***

El núcleo familiar es el ambiente más cercano en donde el paciente con TBC recibe apoyo, si en este núcleo hay desintegración, se margina a la persona enferma y se le hace sentir inútil y/o culpable; el paciente enfermo por TBC se sentirá rechazado y no tendrá motivación para continuar el tratamiento³⁰. En general, se nota que a pesar de que la familia apoya al paciente con respecto a su enfermedad, existe un grado de temor por contagiarse, por lo que en cierta forma mantienen aislado al paciente, haciéndolo sentir rechazado. Se puede decir que el paciente no está bien informado sobre la forma de transmisión a pesar de que los encargados de área refieren que han abordado ampliamente el tema. El paciente y los familiares siguen creyendo que la tuberculosis se contagia a través de usar los mismos utensilios para comer, como vasos, platos, cucharas, entre otros, lo que hace que el enfermo se sienta más marginado. La mayoría de estos pacientes no tienen idea del por qué o dónde se contagiaron.

Pero en algunos casos se encontró que a pesar de este aislamiento hay gran comunicación familiar y ambas partes entienden la situación y cooperan unos con otros para lograr el bienestar del grupo familiar; por lo general, esto sucede en familias en las que el nivel educativo es

universitario y no se presentan problemas sociales como alcoholismo, drogadicción, entre otros ³¹.

B) CLIMA SOCIAL FAMILIAR

La familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en cada uno de sus miembros, mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar. Éste es un determinante definitivo del bienestar, actúa como estructurador del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas. El ambiente ha sido estudiado como clima social familiar, considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad³².

- **Teoría del Clima Familiar de Moos**

Rufolf Hernán Moos plantea su teoría sobre el clima social en la familia, teniendo como base la teoría a la psicología ambientalista.

La psicología ambiental comprende una amplia área de investigación relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo. También se puede afirmar que ésta es un área psicológica cuyo foco de investigación es la relación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana. Este énfasis entre la relación del ambiente y la conducta es importante; no solamente los escenarios físicos afectan la vida de las personas, los individuos también influyen sobre el ambiente.

- **Dimensiones del clima social familiar:**

Rudolf H. Moos, clasifica el clima social familiar en las siguientes dimensiones:

1.- Relaciones

Es el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Está integrada por tres indicadores:

- **Cohesión:** Mide el grado en el que los miembros de la familia están compenetrados, se ayudan y apoyan entre sí.
- **Expresividad:** Explora el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar sus sentimientos directamente.
- **Conflicto:** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

2.- Desarrollo: Evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Comprende los siguientes indicadores:

- **Autonomía:** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
- **Social-recreativo:** Grado de participación en diferentes tipos de actividades.

- **Moralidad-religiosidad:** Importancia que se les da a las prácticas de índole ético y religioso.

3.- Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen los miembros de la familia sobre otros. Lo forman dos indicadores:

- **Organización:** Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control:** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos³³.

2.2.2.-NIVEL DE AUTOESTIMA

El concepto de autoestima varía en función del paradigma que lo aborde. Sin embargo, es muy posible que su significado más profundo todavía no haya sido develado como merece, y eso con independencia de que sea un concepto de muy amplia circulación social en la actualidad.

Maslow subrayó que la estima de sí mismo es una necesidad vital (1993), aunque confiriéndole un cuarto lugar en el inventario de las necesidades humanas. La autoestima es una necesidad del ego que exige ser satisfecha, aunque después de otras necesidades básicas como el sentimiento de seguridad o la necesidad de asociación. En este contexto la autoestima no se identifica con los logros a que antes se hizo referencia sino, más bien, con el hecho de ser reconocidos por lo que somos; se

trata de una necesidad estructuralmente vinculada a la esfera de la motivación³⁴.

Para José Antonio Alcántara en su libro "Cómo Educar la Autoestima" refiere que: "La autoestima es la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos".

"La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros. Comprende mucho más que ese sentido innato de autovalía que presumiblemente es nuestro derecho al nacer, esa chispa que los psicoterapeutas o maestros intentamos avivar en aquellos con quienes trabajamos y que es sólo la antesala de la autoestima. La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida. Más específicamente consiste en: Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida, confianza en nuestro derecho de ser felices, y el sentimiento de ser digno, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y gozar de los frutos de nuestros esfuerzos."

La autoestima como tal no es innata, sino que es adquirida generándose como resultado de la historia de cada persona, podría decirse que es el fruto de una larga y permanente secuencia de acciones que nos van dando forma en el transcurso de nuestros días.

"Es una estructura consistente, estable, difícil de mover y cambiar. Pero su naturaleza no es estática, sino dinámica y por lo tanto o puede crecer,

arraigarse más íntimamente, ramificarse e interconectarse con otras actitudes nuestras o puede debilitarse, empobrecerse y desintegrarse. Es pues perfectible en mayor o menor grado”³⁵.

Siendo la autoestima el centro de nuestra forma de pensar, sentir y actuar, se convierte en una estructura funcional de mayor eficacia y solidez que engloba todo el dinamismo humano.

Es el máximo resorte motivador y el oculto y verdadero rostro de cada hombre esculpido a lo largo del período crítico.

Nos dispone para responder ante los múltiples estímulos que nos visitan, ya que es precursora y determinante de nuestro comportamiento. Es sin duda el principio de la acción humana, ya que es uno de los recursos más importantes que debe construir la persona desde las etapas más tempranas de su desarrollo, de hecho puede ser considerada sin temor a equivocarnos como el motor de la salud mental del individuo.

Rosenberg (1996), manifiesta que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Por otro lado, Coopersmith (1996), afirma que la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, ya que es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a si mismo. La cual se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que

refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno.

Según, Dunn (1996), conceptualiza a la autoestima como la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina "sí mismo". El "sí mismo" es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales³⁶.

- **Dimensiones de la autoestima**

La autoestima es muy importante en nuestras vidas, podría decirse que de cómo nos sentimos depende mucho el éxito (o el fracaso) de las diferentes tareas que nos propongamos realizar. El modo en que nos sentimos afecta de forma decisiva a todos los aspectos de nuestra vida, desde los estudios, hasta el trabajo, el amor o el sexo.

Según Rosenberg en su escala de medición de la autoestima considera dos dimensiones una positiva y otra negativa.

- A. Autoestima positiva:**

Se da cuando la valoración que hacemos de nosotros mismos es beneficiosa, aumenta la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarnos a los problemas con una actitud de confianza. La autoestima positiva potencia la creatividad y permite establecer relaciones más satisfactorias con los demás³⁷.

Indicadores de la autoestima positiva

1.- Pensamiento positivo:

Consiste de tratar de comprender la realidad lo mejor que podamos y enfocarnos en aquellos aspectos beneficiosos que podemos manejar y que nos permitirán avanzar.

2.- Actitud positiva:

Disposición o el ánimo para afrontar todo tipo de situaciones, de la forma más beneficiosa para nosotros³⁸.

3.- Satisfacción consigo mismo:

Sentimiento positivo hacia uno mismo o una misma al evaluar los resultados que ha obtenido en un momento determinado o su trayectoria vital³⁹.

B. Autoestima Negativa:

Se da cuando existe una falta de confianza en nosotros mismos, nos vemos incapaces de abordar los sucesivos retos de la vida, por ello somos incapaces de fijarnos metas y aspiraciones propias. Las relaciones que establecemos con otras personas no son de igualdad, siempre nos sentimos inferiores porque deseamos ser otra persona⁴⁰.

Indicadores de la autoestima negativa

1.- Pensamiento negativo:

Es un sentimiento de inferioridad que tiene su origen en la incapacidad para lograr dominarse a uno mismo, como sucede en personas que son dominadas por sus propios impulsos de cólera o agresividad, sienten un profundo rechazo de sí mismos⁴¹.

2.- Actitud negativa:

Disposición mental que dificultan numerosas aspectos vitales, como las relaciones o el crecimiento personal⁴².

3.- Insatisfacción consigo mismo:

Es el resultado de un conjunto de omisiones y de actos que en la mayoría de los casos, dependen de nosotros. Es causante de la desilusión, el desencanto, el enfado crónico y la amargura⁴³.

- **Niveles de la autoestima**

Según Rosenberg la autoestima se clasifica en tres niveles:

Autoestima alta: Equivale a sentirse confiadamente apto para la vida o sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.

Baja autoestima: Es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.

Autoestima Media: Es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar

estas incongruencias en la conducta. Actuar, unas veces, con sensatez y otras, con irreflexión, reforzando, así, la inseguridad.⁴⁴

- **Características y manifestaciones de la autoestima**

Para poder diferenciar la autoestima alta y baja es necesario conocer las características de cada una. Según Marsellach, las personas que tienen una alta autoestima presentan rasgos tales como ser más independientes y responsables, además de desarrollar capacidades para afrontar nuevos retos con entusiasmo, tolerancia a la frustración y la capacidad de influir en otros.

Aguilar (1995), sostiene que las personas que tienen niveles elevados de autoestima saben escuchar, son optimistas, establecen buenas relaciones interpersonales en las cuales ven sus propias necesidades, son capaces de desarrollar su propio talento y creatividad, tienden a buscar experiencias sin importar los fracasos, se arriesgan a diferentes situaciones y son personas seguras de sí mismas. En contraste, refiere que las personas con baja autoestima no aceptan fácilmente cuándo están equivocadas, no se abren fácilmente al diálogo, tienden a culparse de los problemas; lo cual conduce al pesimismo y depresión, son personas que establecen relaciones interpersonales pero no piensan en sus necesidades, además de tener un alto nivel de censura, lo cual hace que no desarrollen sus habilidades al máximo y que normalmente se sientan infelices aún cuando tengan éxito; temen al rechazo y al fracaso, creen que no son merecedores de ciertas cosas y por consiguiente

pierden confianza en sí mismos, dudan de sus habilidades, incluso de las que ya han demostrado.

Por otro lado se puede distinguir que las personas con baja autoestima, según Bizama (1995), tienden a pasar inadvertidas, temen expresar sus ideas, se ven tristes o enojadas, piensan que los demás los rechazan, son tímidos y caen fácilmente en comportamientos agresivos⁴⁵.

Características de una autoestima positiva

Para Pope (1996), tener una alta autoestima implica tener una visión “saludable” de sí mismo, alguien que acepta de modo realista sus defectos sin tomar una postura excesivamente crítica.

Sentirse satisfecho de sí mismo no quiere decir que no se desee ser diferente en algunos aspectos; por el contrario una persona con confianza en sí misma intenta mejorar sus áreas insatisfactorias.

Una adecuada autoestima es la base para el afrontamiento de los retos y las dificultades en la vida, como así también para ayudar a quienes precisan nuestro apoyo.

En relación a sí mismo:

- Tienen una actitud de confianza frente sí mismo, actúa con seguridad y se siente capaz y responsable por lo que siente, piensa y hace.
- Es una persona integrada, que está en contacto con lo que siente y piensa.

- Tiene capacidad de autocontrol y es capaz de autorregularse en la expresión de sus impulsos.

En relación a los demás:

- Es abierto y flexible, lo que le permite crecer emocionalmente en la relación con los otros.
- Tiene una actitud de valoración de los demás y los acepta como son.
- Es capaz de ser autónomo en sus decisiones y le es posible disentir sin agredir.
- Toma la iniciativa en el contacto social y a su vez, es buscado por sus compañeros, porque resulta atractivo.
- Su comunicación con los otros es clara y directa. Los elementos verbales coinciden con los no verbales. Por lo que su comunicación es congruente.
- Tiene una actitud empática, es capaz de conectarse con las necesidades de los demás.
- Establece en forma adecuada relaciones con personas de mayor jerarquía.

Frente a las tareas y obligaciones:

- Asume una actitud de compromiso, se interesa por la tarea y es capaz de orientarse por las metas que se propone.
- Es optimista en relación a sus posibilidades para realizar sus trabajos.
- Se esfuerza y es constante a pesar de las dificultades. No se angustia en exceso frente a los problemas, pero se preocupa por encontrar soluciones.
- Percibe el éxito como el resultado de sus posibilidades y esfuerzos.
- Cuando se equivoca es capaz de reconocerlo y de enmendar sus errores; no se limita a autoculparse ni a culpar a los otros.
- Su actitud es creativa. Es capaz de asumir los riesgos que implica una tarea nueva.
- Es capaz de trabajar en grupo con sus compañeros.

Características de una persona con baja autoestima:

Una persona con una baja autoestima posee una actitud excesivamente quejumbrosa y crítica: esta actitud es una forma de expresar una sensación de descontento porque las cosas no les resultan como ellos se merecen o esperaban y la sensación de no ser suficientemente valorados por las otras personas. A través de sus quejas y críticas buscan la atención y la simpatía de los otros, pero pueden llegar a ser rechazados porque los demás se aburren de sus constantes quejas o consideran

injustos sus reclamos. Esta actitud del ambiente viene a confirmar en ellos la idea de que nadie los comprende y asumen una posición de víctimas.

-Necesidad compulsiva de llamar la atención: Son sujetos que están constantemente demandando que se los atienda, como una manera de lograr que los demás les confirmen que son importantes.

- Necesidad imperiosa de ganar: Son sujetos que se frustran y se ofuscan en forma desproporcionada si pierden. Creen que para ser queribles deben lograr ser siempre los primeros y hacerlo siempre mejor que los demás.

-Actitud inhibida y poco sociable: En la medida en que se los valora poco, tienen mucho temor a autoexponerse. Imaginan que son aburridos para los otros sujetos, por esta razón no se atreven a tomar la iniciativa creyendo que podrían ser rechazados.

-Temor excesivo a equivocarse: Son personas que están convencidas de que cometer una equivocación equivale a una catástrofe, por esta razón se arriesgan poco o nada.

-Actitud insegura: Son sujetos que confían poco en sí mismos.

-Ánimo triste: A veces aparecen como sujetos muy tranquilos, pero si se les observa con cuidado, muestran un sentimiento general de tristeza, sonríen con dificultad, las actividades que se les proponen no los motivan.

-Actitud desafiante y agresiva: En muchas ocasiones, la mayoría de la gente encubre su frustración y tristeza con sentimientos de rabia. El temor

a la falta de aprobación lo compensan transformando su inseguridad en la conducta opuesta, es decir, en una conducta agresiva.

-Actitud derrotista: Son sujetos, que por su historia de fracasos, tienden a imaginar que ante cualquier situación que deban enfrentar los resultados van a ser deficientes, por lo que muchas veces ni siquiera lo inician. Se autoperciben como fracasados⁴⁶.

2.2.1.-Tuberculosis

Definición:

La tuberculosis según la OMS es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de una gota de Flügge generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa⁴⁷.

La tuberculosis también es considerada una enfermedad social, por su vínculo con la pobreza, afecta mayormente a los países en vías de desarrollo y a los sectores más vulnerables de los países desarrollados, lo que hace difícil su control y erradicación⁴⁸.

- **Tuberculosis y soporte social**

Alvarado (1985), dice con respecto al soporte social y/o interacción social que es la ayuda importante que en situaciones de pérdida o de crisis proviene de parte de Instituciones o personas con el que el sujeto está relacionado. El soporte social actúa a manera de amortiguador entre los

eventos estresantes de la vida y la enfermedad, hay evidencia entonces para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del enfermo.

Un buen soporte social no sólo sería un factor externo facilitador de salud mental, sino que también lo sería por la formación interiorizada de un sentido de "sí mismo" seguro y positivo en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte social implica que el sujeto tiene varios roles para fortalecerse y darse un sentido reforzante y positivo a su vida.

La enfermedad física, el trastorno depresivo y a veces la carencia de soporte social percibido y efectivo afectan definitivamente la vida del enfermo, teniendo entonces que replantear sus prioridades, el adaptarse a nuevos estilos de vida, el convivir lo mejor posible con la enfermedad, haciéndose difícil el proceso de adaptación en la mayoría de los casos, si no encuentra el apoyo psicológico y soporte social suficiente.

Entonces tener una enfermedad altamente contagiosa como la tuberculosis, el entrar a un programa de tratamiento antituberculoso prolongado y supervisado, el pertenecer a una red social pequeña, los problemas familiares, sociales y económicos que tiene que vivir el paciente con tuberculosis; podrían afectar su estado psicológico y su interacción social de forma negativa⁴⁹.

A nivel general, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un

período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon y Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre y Beneit, 1994).

Respecto a este tema la gran mayoría de los investigadores han trabajado desde la medicina epidemiológica, Chang, Wu, Hansel y Diette (2004) utilizaron en sus investigaciones variados instrumentos generales para medir tanto calidad de vida como síntomas asociados a la tuberculosis pulmonar ⁵⁰.

- **La discriminación y el estigma: un problema de derechos**

La pobreza y la enfermedad producen no sólo pérdida de recursos económicos sino también de autoestima y prestigio, que en última instancia es pérdida de poder en la capacidad de acción, por lo que no gozan de autonomía para resolver sus asuntos cotidianos y son vulnerables a la exclusión y discriminación. Esto ocurre en nuestra sociedad que es discriminatoria y altamente jerarquizada, en ella los pobres no pueden ejercitar sus derechos a plenitud. Las personas afectadas por TB reciben dentro de sus familias y comunidades, tratos duales, por un lado comprensión y soporte y, por otro, manifestaciones de discriminación. Asimismo, la exclusión de las reuniones familiares y sociales a los que se ven sometidas, lastiman su sentimiento de valía.

Una persona carente de este soporte social pierde prestigio y reconocimiento⁵¹.

El principio de no discriminación es fundamental para la teoría y la práctica de la salud pública y los Derechos Humanos. Lamentablemente, la TB como el SIDA o la lepra, tiene no sólo la carga del malestar biológico, sino que también la sociedad los discriminan, llegando a algunos casos a una "muerte social", ya que se les cierran oportunidades para poder reintegrarse a la sociedad y permitirse el derecho de un desarrollo personal digno.

El problema del estigma es que nace del desconocimiento. Su definición implica poner etiquetas a situaciones o personas, que pueden llevar luego a prácticas discriminatorias, y a pesar de que los profesionales de la salud son un grupo dentro de la sociedad con mayor acceso a información, son los que realizan prácticas discriminatorias más abiertas: en un estudio : realizado por Ugarte Gil, titulado: "Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos" realizado en profesionales de la salud; se mostró que la mayor causa del estigma es el miedo a ser contagiado de tuberculosis (58%) y que la forma más común de estigmatizar es minimizando el contacto con el paciente (40%), discriminación verbal (29%) y rechazo a la atención (23%). Entonces se observa que los pacientes no sólo tienen que sufrir el malestar físico, sino también tienen que lidiar con la discriminación y estigma de parte de la sociedad, vulnerando así sus derechos fundamentales como persona⁵².

- **La tuberculosis y la familia**

La tuberculosis genera un impacto social que es similar en todas las familias, desencadenándose así una crisis familiar.

La enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando hablamos de enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones.

Factores de vulnerabilidad Familiar:

1. Tipo de enfermedad de que se trate.

2. Estructura y dinámica familiar:

a. Grado de permeabilidad de los límites. (Hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro).

b. Estilo de respuesta de la familia. (Familia que decae con el enfermo, genera dependencia en este, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).

3. Factores de tensión existentes en la vida familiar. (Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos).

4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. (Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia para expresar sentimientos, pensamientos).

5. Redes sociales⁵³.

2.2.4.- MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

Ella propone que el logro del bienestar está en el potencial de contar con aliados y la movilización de la sociedad, trabaja con el principio de autonomía de los individuos y las sociedades, y refuerza el planeamiento del poder local para el cambio y el desarrollo sostenible⁵⁴.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por las influencias interpersonales y situacionales que son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una

fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

Por otro lado las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse.

Para fines de la presente investigación el modelo planteado por Nola Pender se ajusta perfectamente, ya que ella centra sus creencias en el comprender del ser humano para poder ayudarlo, lo que sin duda es positivo si nos enfocamos a ver más allá de la parte biológica del paciente con tuberculosis.

Como observamos este modelo es una poderosa herramienta utilizada por las (os) enfermeras (os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalando por Nola Pender, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo⁵⁵.

2.3.-Definiciones de términos básicos

1.-Clima familiar: Es el conjunto de condiciones que determina el bienestar considerando las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar.

2.- Autoestima: Valoración positiva o negativa de sí mismo.

3.-Tuberculosis: Enfermedad del hombre y de muchas especies animales producida por el bacilo de Koch. Adopta formas muy diferentes según el órgano atacado, la intensidad de la afección.

CAPÍTULO III

3.-VARIABLE E HIPÓTESIS

3.1.-Variables de la investigación

-Variable independiente: Clima social familiar

-Variable dependiente: Nivel de autoestima

3.2 Operacionalización de las variables

<p>NIVEL DE AUTOESTIMA</p>	<p>Es la medida de la apreciación positiva o negativa que se tiene una persona hacia sí misma.</p>	<p>Es una variable de tipo cuantitativo, representada por las calificaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg que es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima.</p>	<p>Autoestima positiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamiento positivo ➤ Actitud positiva ➤ Satisfacción consigo mismo 	<p>La Escala de Medición es Ordinal cuya categorías son:</p> <p>En caso positivo:</p> <p>A. Muy de acuerdo :5 puntos B. De acuerdo : 4 puntos C. Ni de acuerdo ,ni en Desacuerdo:3 puntos D. En desacuerdo : 2 puntos E. Muy en desacuerdo :1 punto</p> <p>En caso negativo:</p> <p>A. Muy de acuerdo: 1 punto B. De acuerdo :2 puntos C. Ni de acuerdo ,ni en desacuerdo:3 puntos D. En desacuerdo :4 puntos E. Muy en desacuerdo: 5 puntos.</p>
			<p>Autoestima negativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamiento negativo ➤ Actitud negativa ➤ Insatisfacción consigo mismo 	

3.3.-Hipótesis general

H1: Existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

H0: No existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

CAPÍTULO IV

4.-METODOLOGÍA

4.1.- Tipo de investigación

La investigación determinó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal.

Según el análisis y alcance de los resultados fue un estudio de tipo DESCRIPTIVO, pues analizó la relación que existe entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe, sin manipulación de las variables implicadas ⁵⁶.

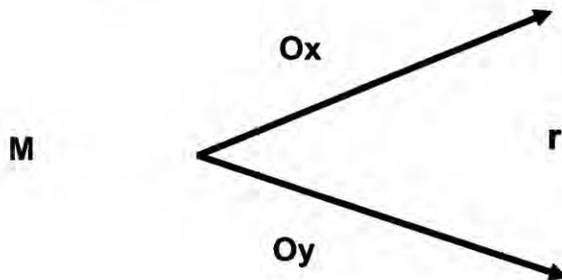
Determinó un estudio CORRELACIONAL, ya que estuvo dirigido a determinar la relación existente entre las dos variables de interés como son el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

Según el período y la secuencia del estudio fue de corte TRANSVERSAL porque la aplicación de los instrumentos (escala del clima social familiar y escala de autoestima) se dio en un sólo momento establecido ⁵⁷.

4.2.- Diseño de la investigación

El diseño de la investigación que se utilizó en el presente trabajo es descriptivo correlacional, orientado a la determinación de la relación existente entre dos variables o la relación existente entre dos fenómenos o eventos.

El diagrama que ilustra el diseño de investigación mencionado es el siguiente:



Dónde:

M=Muestra de los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Ox= Medición de la variable de Clima Social Familiar

Oy= Medición de la variable de Nivel de Autoestima.

r = Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima.

4.3.- Población y Muestra

4.3.1.-Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la Microred Santa Fe, la cual está conformada por tres establecimientos de salud: Centro de Salud Callao, ubicada en Calle Canchones N° 294-Urb.Tarapacà; Centro de Salud Boterin, ubicado en Parque N° 3 AA.HH. José Boterin; Centro de Salud Santa Fe ubicado en la Av. Alfredo Palacios Cdra. 5 s/n; todos ubicados en el distrito de Callao.

4.3.2.-Población

La población considerada para el estudio estuvo conformada por los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis que asisten a la Microred Santa Fe, siendo un total de 50 pacientes.

4.3.3.-Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para poblaciones finitas, estableciendo como nivel de confianza del 95% y un error relativo del 5%, obteniéndose como muestra a 44 usuarios con tuberculosis; permitiendo que sea una muestra representativa, lo que proporcionó un mejor grado de precisión y resultados estadísticamente significativos.

Para la selección de los participantes del estudio se hizo uso del muestreo probabilístico ⁵⁸.

- **Determinación del Tamaño de la Muestra**

Para el cálculo de la muestra se empleó la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n: Es el tamaño de la muestra

N: Es el tamaño de la población; comprendida por 50 usuarios con tuberculosis que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis.

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

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

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

E: Es el error de muestreo equivalente a 0,05.

Aplicando la fórmula tenemos lo siguiente:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 50 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (50-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{48,02}{1,0829}$$

n = 44 Usuarios con tuberculosis

4.3.4.-Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de Inclusión**

- ✓ Pacientes diagnosticados con Tuberculosis (Pulmonar y extra pulmonar).
- ✓ Ser parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la tuberculosis de la Microred Santa Fe.
- ✓ Acudir regularmente a la Microred Santa Fe para su tratamiento.
- ✓ De ambos sexos que sepan leer y escribir.
- ✓ Mayores de 18 años.
- ✓ Que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado).

- **Criterios de Exclusión**

- ✓ Que no asistan a los Centros de Salud.
- ✓ Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- ✓ Menores de 18 años.
- ✓ Que vivan solos.

4.4.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumentos se realizó una escala tipo Likert sobre el Clima Social Familiar, teniendo como sustento la teoría de Moos. Por otro lado, para medir el nivel de autoestima se utilizó la escala de Rosenberg, la cual fue modificada y adaptada para el estudio.

- ✓ La escala del clima social familiar: Fue una escala tipo Likert conformado por veinte ítems, que va de siempre a nunca acerca de la percepción que el paciente tiene de su ambiente familiar. Estos ítems se distribuyen en 7 subescalas que definen tres dimensiones, el tiempo aproximado que toma su resolución es de 15 - 20 min.

- ✓ La escala de autoestima de Rosenberg (RSES), desarrollado por el psicólogo social Dr. Morris Rosenberg, es una escala tipo Likert conformado por diez ítems, que va de acuerdo a muy en desacuerdo. Cinco de estos se han redactado de manera positiva y cinco de estos han sido redactados negativamente, el tiempo aproximado que toma su resolución es de 10 - 15 min.

4.4.1.-Validez y precisión del instrumento.

Para probar la validez de los instrumentos, estos fueron sometidos a prueba de validez de contenido y constructo mediante juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 5 enfermeros y 1 psicólogo ,especialistas en el tema; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para la mejora de los instrumentos .Los resultados obtenidos fueron sujetos a prueba de concordancia a través de la prueba binomial, con lo que se consideró a los instrumentos estadísticamente significativos (Anexos F,G).

Para la confiabilidad de ambos instrumentos se realizó una prueba piloto seleccionando a 10 usuarios del programa de la Estrategia Sanitaria

Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Gambeta Alta. Con la finalidad de determinar la confiabilidad estadística del instrumento, los resultados fueron sometidos a la prueba de coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 0.85$ para la variable clima social familiar y un valor de $\alpha = 0.90$ para la variable nivel de autoestima.

Superando los valores mínimos ($\alpha > 0.7$) para considerarlo confiable, por lo que los instrumentos son estadísticamente confiables. (ANEXOS H.I).

4.4.2.-Consideraciones Éticas

Antes de llevar a cabo la aplicación del estudio se presentó el aún proyecto frente al Comité de Ética de la Dirección Regional de Salud (DIRESA –CALLAO), quienes evaluaron las condiciones éticas del trabajo y avalaron su continuidad.

Para la aplicación de ambos instrumentos se hizo entrega de un consentimiento informado (ANEXO B) al usuario que asiste a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, que tuvo la finalidad de garantizar que el usuario expresará voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le dio, acerca de los objetivos e importancia del estudio.

Su participación fue de forma anónima e individual ya que se cuidó su intimidad y privacidad en todo momento.

4.5.-Procedimientos de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos primero se envió un oficio al Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao, el Dr. Ricardo Aldo Lama Morales, previa carta de presentación enviado por la Dirección de Escuela de la Universidad Nacional del Callao, con el fin de obtener el acceso a los centros de salud que conforman la Microred Santa Fe, para las facilidades del caso.

Después de obtener la credencial que oficializó la autorización para la realización de la investigación, se presentó la misma al médico jefe de la Microred Santa Fe, el Dr. Ronald Ayala Mendevi, para que autorice la realización de la investigación, asimismo hizo de conocimiento a los médicos jefes y personal que labora en la ESN-PCT de los tres centros de salud que conforman la Microred.

La recolección de datos se realizó durante tres semanas, aproximadamente una semana por cada centro de salud y esta fue paralela a la recepción del tratamiento.

4.6.- Procesamiento estadístico y análisis de datos

Para el análisis e interpretación de datos se aplicó la estadística descriptiva, porque permitió descubrir las características de cada una de las variables: El clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

Para el procesamiento y tabulación de los datos se elaboró un libro de codificación en el programa de Excel, asignándose un valor a cada enunciado.

Posteriormente se realizó la escala de Estanimos que categorizó ambas variables (ANEXO K, L), trabajándose así con los valores máximo y mínimos de la siguiente manera:

Para la variable clima social familiar los niveles:

- ✓ Adecuado: 66-100
- ✓ Medianamente adecuado: 40-65
- ✓ Inadecuado: 20-39

Para la variable nivel de autoestima:

- ✓ Alto: 36-50
- ✓ Medio: 22-35
- ✓ Bajo: 10-21

Correlación lineal: En ambas escalas se utilizó el paquete estadístico de Excel y para comprobar los resultados se usó el paquete SPSS versión 21. Finalmente se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (ANEXO J) con lo que se determinó que las variables Clima Social Familiar ($p=0.836$) y Autoestima ($p=0.653$) presentaron distribución normal ($p>0.05$), por lo que para el análisis de su relación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson ⁵⁹.

Significancia estadística: Para comprobar la hipótesis de estudio, es decir, determinar la relación entre las dos variables de estudio, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Yates. (ANEXO R)

CAPÍTULO V: RESULTADOS

CUADRO N°1

CLIMA SOCIAL FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED SANTA FE -CALLAO 2013

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	N	%
ADECUADO	11	24.97
MEDIANAMENTE ADECUADO	24	54.49
INADECUADO	9	20.45
TOTAL	44	100

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013.

En el cuadro N°1, respecto al clima social familiar en los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe se observó lo siguiente: Que del 100% (44) de pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, el 74.94% presentó un clima social familiar de medianamente adecuado a inadecuado y sólo el 24.97% (11) presentó un clima social familiar adecuado.

De los resultados se infiere que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar para sobrellevar la enfermedad, lo que refleja el poco compromiso de la familia para con su paciente con tuberculosis.

CUADRO N°2

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED SANTA FE -CALLAO 2013

NIVEL DE AUTOESTIMA	N	%
ALTO	10	22.67
MEDIO	21	47.7
BAJO	13	29.54
Total	44	100

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013.

En el cuadro N°2, en relación al nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe, se obtuvo que del 100% (44) de pacientes, el 47.7% (21) presentó un nivel medio de autoestima, un 29.54% (13) presentó un nivel bajo y sólo el 22.67% (10) restante presentó un alto nivel de autoestima. Según la definición de Rosenberg las personas con baja autoestima no sentirían disposición para la vida, mientras que las personas con un nivel medio de autoestima son personas inestables.

De ello se deduce, que ambos tipos de pacientes son vulnerables a un desequilibrio emocional; que los pueden llevar al abandono del tratamiento, depresión y perjuicio contra su integridad física.

CUADRO N°3

RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013

CLIMA SOCIAL FAMILIAR	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	3	6.8	7	15.9	1	2.27	11	24.97
MEDIANAMENTE ADECUADO	6	13.6	14	31.8	4	9.09	24	54.49
INADECUADO	1	2.27	-	-	8	18.18	9	20.45
TOTAL	10	22.67	21	47.7	13	29.54	44	100

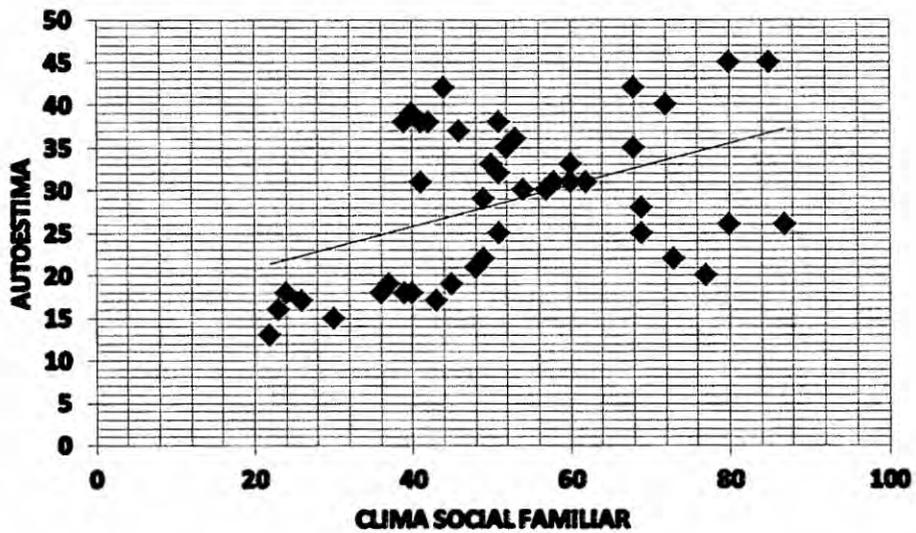
FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de Microred Santa Fe-2013

χ^2 CHI CUADRADO CON YATES= 14.9 (VER ANEXO S)

En el cuadro N° 3 con respecto a la relación entre clima social familiar y nivel de autoestima se puede observar que del 47.7% (21) de los que tienen un nivel medio de autoestima sólo un 15.9% (7) presentó un clima social familiar adecuado. Mientras que del 29.54% (13) que tienen un nivel bajo de autoestima sólo el 2.27% (1) tienen un adecuado clima social familiar. Seguido del 22.67% (10) de los que presentaron un nivel alto de autoestima sólo el 6.8 % presentó un clima social adecuado. Evidenciando mediante estos datos que existe relación entre ambas variables.

GRÁFICO N°1

RELACIÓN ENTRE EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de Microred Santa Fe-2013

Correlaciones

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR	AUTOESTIMA
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	Correlación de Pearson	1	,451**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	44	44
AUTOESTIMA	Correlación de Pearson	,451**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	44	44

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

En el gráfico N° 1 se puede observar una gráfica de dispersión para las dos dimensiones, la cual indica que existe correlación positiva moderada entre ambas variables.

La interpretación estadística se basa en el coeficiente de correlación de Pearson y evidencia una correlación positiva ($r=0.451$), la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.002$). Por ende significa que a puntajes altos de clima social familiar le corresponden puntajes altos de autoestima o también que a puntajes bajos de clima social familiar le corresponden puntajes bajos de autoestima.

CUADRO N°4

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RELACION DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013

DIMENSIÓN RELACION	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	1	2.27	3	6.81	9	20.45	13	29.54
MEDIANAMENTE ADECUADO	6	13.63	12	27.27	3	6.81	21	47.7
INADECUADO	3	6.81	6	13.63	1	2.27	10	22.67
TOTAL	10	22.67	21	47.7	13	29.54	44	100

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de Microred Santa Fe-2013

χ^2 CHI CUADRADO CON YATES = 23.85

En el cuadro N°4 se puede observar que existe relación entre la dimensión de relación del clima social familiar y el nivel de la autoestima de los pacientes con tuberculosis.

En cuanto a esta dimensión se encontró que el 70.37% (31) de los pacientes presentan un nivel que oscila entre medianamente adecuado e inadecuado y que sólo el 29.54%(13) presentó un nivel adecuado. De lo que se infiere la falta de comunicación y libre expresión dentro del núcleo familiar, alterando así su estado psicológico de forma negativa, expresando sentimientos de cólera y agresividad entre los miembros de la familia.

CUADRO N°5

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN DESARROLLO DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013

DIMENSIÓN DESARROLLO	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	1	2.27	0	0	6	13.63	7	15.9
MEDIANAMENTE ADECUADO	7	15.9	13	29.54	6	13.63	27	61.35
INADECUADO	2	4.54	8	18.18	1	2.27	10	22.72
TOTAL	10	22.67	21	47.7	13	29.54	44	100

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de Microred Santa Fe-2013

χ^2 CHI CUADRADO CON YATES= 10.71

En el cuadro N°5 se puede observar que existe relación entre la dimensión desarrollo del clima social familiar y el nivel de la autoestima de los pacientes con tuberculosis.

En cuanto a esta dimensión se encuentra que el 61.35%(27) de los pacientes tiene un nivel medianamente adecuado, seguido del 22.72 %(10) que presenta un nivel inadecuado y sólo el 15.9% (7) presento un nivel adecuado. Esto indica la poca importancia que tiene para la familia los procesos de desarrollo personal entre miembros, repercutiendo así en la toma de decisiones, participación en diferentes tipos de actividades y en prácticas de índoles éticas.

CUADRO N°6

RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ESTABILIDAD DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013.

DIMENSIÓN ESTABILIDAD	NIVEL DE AUTOESTIMA							
	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	2	4.54	8	18.18	1	2.27	11	25
MEDIANAMENTE ADECUADO	6	13.63	13	29.54	4	9.1	23	52.27
INADECUADO	2	4.54	0	0	8	18.18	10	22.72
TOTAL	10	22.67	21	47.7	13	29.54	44	100

FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de Microred Santa Fe-2013

X^2 CHI CUADRADO CON YATES = 13.8

En el cuadro N^o6 se puede observar que existe relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y el nivel de la autoestima de los pacientes con tuberculosis.

En cuanto a esta dimensión se encuentra que el 74.99%(33) de los pacientes tienen un nivel entre medianamente adecuado e inadecuado y que sólo el 25% (11) presentó un nivel adecuado en dicha dimensión. Es decir que las familias de los pacientes con tuberculosis no presentan una adecuada organización; no planifican de actividades, no distribuyen responsabilidades y no respetan las normas familiares.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, en lo que concierne al clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis se encontró que existe una relación entre ambas variables, lo cual concuerda con lo dicho por Baldeòn Noemi⁽¹⁹⁾, quién sustenta que existe una relación significativa entre las variables mencionadas, enfatizando que la familia juega un papel importante como ente de apoyo emocional en el desarrollo de la autoestima del paciente con tuberculosis; quedando de esta manera demostrado que existe una correlación entre las variables de estudio.

Por otro lado, se encontró que sólo el 24.97% (11) de los pacientes con tuberculosis presentan un clima social familiar adecuado, lo cual concuerda lo dicho por Herrera, Nancy¹⁶, quién concluye que la familia sufre un fuerte impacto por la discriminación por parte de los amigos y la comunidad en el entorno social. Ello contrasta lo encontrado por Rojas Tello Gladys²², quién en su estudio señala que la familia tiene una actitud de aceptación hacia el diagnóstico de tuberculosis de 68.75%, lo que generaría un adecuado clima social familiar.

En relación al nivel de autoestima se obtuvo que el 74.94 % de los pacientes con tuberculosis, presentaron una autoestima entre medio a bajo nivel. Este resultado reafirma lo encontrado por Baldeòn Noemi⁽¹⁹⁾, cuyo estudio concluye que la autoestima de los pacientes con tuberculosis

de manera global es de medio a bajo en un 83%, siendo susceptible a una inadecuada capacidad de afronte a las situaciones, adversas ejerciendo efectos negativos sobre la salud física y la respuesta ante el tratamiento medicamentoso. Estos resultados son congruentes con Torres Uria, Margarita ²⁵, quien refiere que los enfermos con tuberculosis en su mayoría presenta síntomas depresivos de moderado a severo, asociándose esto a los largos años con tuberculosis y el escaso soporte social.

El clima socio familiar y el nivel de autoestima son dos factores de suma importancia en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con tuberculosis. Al demostrarse que existe una relación entre ambas variables, se convierte en una herramienta muy importante para el equipo multidisciplinario encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis; ya que podrán ejecutar nuevas estrategias que incluya a la familia como parte de la recuperación de los pacientes y a su vez estas fomentarán buenos niveles de autoestima.

Por lo tanto, se observa que existe un clima social familiar que va entre medianamente adecuado a inadecuado en relación a un nivel medio a bajo de autoestima, que no ha sido considerado con la atención que merece por el profesional de enfermería, quien es el encargado directo y responsable de mejorar la atención que brinda a los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

La presente investigación, con base a sus objetivos, obtuvo las siguientes conclusiones:

1.-Se determina que existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que acuden a la Microred Santa Fe.

2.-El 74.94% de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe no cuentan con un clima social familiar adecuado, es decir no cuentan con un adecuado soporte social y/o emocional.

3.-El 77.24% de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe presentó una autoestima de medio a bajo nivel, lo cual indica que el paciente puede ser vulnerable a un desequilibrio emocional que lo pueda llevar al abandono de tratamiento, mal afronte de la enfermedad, depresión y perjuicio contra su integridad física.

4.-Finalmente podemos decir que se comprobó la hipótesis mediante la prueba de correlación de Pearson existiendo una relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe, con un nivel de significancia del 95% ($p=0.451$).

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, incluir a la familia como parte del proceso de recuperación del paciente y para que ésta a su vez genere mejores niveles de autoestima.
2. Se recomienda al primer nivel de atención que incluya como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis, la participación activa de la familia de los pacientes con tuberculosis, mediante proyectos de educación continua que permita la integración familiar, identificando su rol importante en la recuperación y rehabilitación del paciente, ya que ellos cumplen un papel fundamental como primer soporte social.
3. Fortalecer la promoción de la salud respiratoria y prevención de la tuberculosis con el objetivo de sensibilizar a la comunidad, para modificar la percepción que tiene ésta frente a la enfermedad.
4. Fomentar talleres de autoestima con participación de psicólogos junto al equipo multidisciplinario de salud, dirigidos a los pacientes con tuberculosis sobre la autovaloración de sí mismos.

5. Se sugiere la elaboración de proyectos que conlleven a la formación de grupos de autoayuda, que permitan la aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento en el paciente.

6. Realizar estudios similares sobre la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis en otras poblaciones, con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos y profundizar más el tema.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA. **Reducción de la vulnerabilidad familiar al VIH-SIDA y a la tuberculosis**. Enero 2003.
2. MOOS, Rudolf. **Manual de escalas de Clima Social familiar**. Madrid. Editorial TEA. Quinta Edición. 2012.
3. ROSENBERG, Morris. **Escala de autoestima de Rosenberg**. USA. 1999.
4. OMS .tuberculosis Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/.rticulo> .articulo
web. Consultada el 20 de julio del 2013.
5. OMS .tuberculosis Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/.rticulo> .articulo
web. Consultada el 20 de julio del 2013.
6. INFOREGION. PE. **Gobierno Regional del Callao**. Disponible en:
<http://www.inforegion.pe/portada/93509/gobierno-regional-del-callao-le-da-la-espalda-a-lucha-contra-tuberculosis/> .articulo web consultada el 17 de julio del 2013.
7. PEDRO GUILLERMO SUAREZ. **Vivir la Tuberculosis**. Perú. Editorial; Tarea asociación gráfica educativa. Edición: Primera. 2001.

8. OPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD) Y SAUCEDA Y MALDONADO. **La familia su dinámica y tratamiento.** USA. Primera Edición. 2003.
9. MINSA .**Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.** Perú. 2011.
10. HIDALGO, Ana. **La autoestima en los enfermos crónicos.** Disponible en: <http://es.paperblog.com/la-autoestima-en-los-enfermos-cronicos-1010534/>. Artículo Web. Consultado el 14 de agosto del 2013.
11. ALBERTO MENDOZA. **Enfrentar los determinantes sociales de la tuberculosis es un compromiso de todos.** Disponible en: <http://www.tbperu.org/>. artículo web. Consultada el 18 de julio del 2013.
12. AREVALO FLORES, Martin. **Depresión, interacción familiar y tuberculosis.** Disponible en: http://psiquiatriaymas.blogspot.com/2010/09/depresion-interaccion-familiar-y_24.html. Artículo web. Consultado el 2 de julio del 2013.
13. DEARMAN, HUSAIN M y Otros. **La relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción de la enfermedad en pacientes con tuberculosis en Pakistán.** . Práctica Clínica y Epidemiología de Mental Salud, 4, 4.2008.
14. CÁCERES, F. y Otros **Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso.** Tesis para obtener el grado de

- especialización. Colombia. Universidad Industrial de Santander – UIS.2007
15. **HERNÁNDEZ E. y otros. Fortalecimiento del programa de control de la Tuberculosis en la República de Cuba.** Cuba. Oficina Nacional de Estadística. 2010.
 16. **HERRERA, Nancy. El Impacto Social en la Familia de los Pacientes Enfermos con Tuberculosis detectados en el Gabinete de la Caja Petrolera de Salud (CPS) Regional Santa Cruz.** Tesis para optar el grado de licenciado en trabajo social .Santa Cruz, Bolivia. Universidad Bethesda. 2011.
 17. **HERRERA, Olivia. Cuidados de enfermería a pacientes con tuberculosis pulmonar .**Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería. Veracruz, México. Universidad Veracruzana .2007.
 18. **MESÉN ARCE, Minerva. Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.** *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* 2005 Vol.13 N°1 .Abril 2005
 19. **BALDEON, Noemi. Relación Entre El Clima Social Familiar Y Nivel de Autoestima De Los Pacientes con tuberculosis Que Asisten Al centro Materno infantil tablada De Lurín - Villa maría Del triunfo 2006”** Tesis para optar el grado de licenciada de enfermería. Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2007.

20. NEYRA, Antón y col. **Bajo nivel de conocimientos y actitud de rechazo hacia el tratamiento de tuberculosis.** *Rev. Perú Med Exp Salud Pública.* Volumen 26(4): 582-90. Mayo 2009.
21. BRAVO, Edson. **Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza.** Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería. Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2008.
22. ROJAS, G. **Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Tablada de Lurín.** Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.
23. CRUZ CARRANZA, Mery. **Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales.** Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería. Lima, Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2010.
24. CAPACUTE CHAMBILLA, Katerine Mavel. **Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis Pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono sur Tacna.** Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2012.
25. TORRES URÍA, Margarita. **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 para optar el grado de Psicólogo. Lima-Perú .Universidad Mayor de San Marcos. 2007.
26. ECCPN .AIBARRA. Chile. Actualizado 26 de octubre del 2012. Citado 20 de Julio del 2013. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164.htm>.
27. MINISTERIO DE SALUD. **Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad.** Ediciones AurumImpressac .Lima. 2011.
28. ROBLES PLANA, Ricardo. **Violencia y Seguridad.** Consultado el 22 de julio del 2013. Disponible en: <http://criminet.urg.es/recpc/06-r1>
29. SAUCEDA Y MALDONADO. **La familia su dinámica y tratamiento.** Washington. OPS (organización panamericana de la salud). Volumen 1. Primera Edición. Pág. 3-13.2003.
30. NATHANIEL BRANDEN. **Cómo Mejorar su Autoestima.** Editorial Paidós Ibérica. 1987. Primera edición en formato electrónico: enero de 2010.
31. SALAS ABARCA, PATRICIA Y CHAMIZO GARCÍA HORACIO. **Rev. cienc. adm. financ.** Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592002000100006&script=sci_arttext .artículo web consultado el 20 de julio del 2013.

32. SALAS ABARCA, PATRICIA Y CHAMIZO GARCÍA HORACIO. **Rev. cienc. adm. financ.** Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592002000100006&script=sci_arttext .articulo web consultado el 20 de julio del 2013.
33. MOOS, TRICKETT, GUERRA, CORTÉS Y CANTÓN. **Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad.** Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000100003sciolo .Articulo web consultado el 13 de agosto del 2013.
34. CURASMA TAYPE, Silvia. **Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S. Madre Teresa de Calcuta.** Tesis De Bachiller. Lima .Universidad Nacional de San Marcos.2008.
35. JOSÉ ANTONIO ALCÁNTARA. **Cómo Educar la Autoestima.** Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=194140> España: Ceac S.A.; articulo web. consultado el 12 de agosto del 2013.
36. AQUILINO POLAINA-LORENTE. **En busca de la Autoestima perdida.** Disponible en:
<http://www.unaidea.info/notas/autoestima/autoestima.pdf>
.articulo.unaidea.2003 .consultado el 12de agosto del 2013.

37. STEINER BENAIM, DANIELA. **La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano**. Tesis para obtener el grado de Bachiller. Maracaibo, Venezuela. Universidad Americana Tecana, 2005.
38. GACETA. joven. España. (Actualizado 3 de junio del 2011). (Citado 18 de julio del 2013). Disponible en: <http://gacetajoven.com/tag/autoestima-negativa/>.
39. tusbuenosmomentos.com; 2013 .Citado el 4 de setiembre del 2013. Disponible en: <http://tusbuenosmomentos.com/2011/04/que-es-la-actitud-positiva/>
40. wordmagicsoft.com;2012.(actualizado 23 de mayo del 2113;citado el 8 de agosto).Disponible en [:www.wordmagicsoft.com/diccionario/esen/satisfacci%F3n%20consigo%20mismo.php](http://www.wordmagicsoft.com/diccionario/esen/satisfacci%F3n%20consigo%20mismo.php)
41. Gaceta. joven. España. (Actualizado 3 de junio del 2011). (Citado 18 de julio del 2013). Disponible en: <http://gacetajoven.com/tag/autoestima-negativa/>.
42. conoze.com ;1999.(actualizado el 2 de octubre del 2009,citado el 10 de agosto del 2013).Disponible en [:http://www.conoze.com/doc.php?doc=6990](http://www.conoze.com/doc.php?doc=6990)

43. MaiteVillafruela.Detalen.2013 (citado 10 de agosto del 2013);
Disponible en :<http://detalent.blogspot.com/2013/02/actitudes-positivas-y-negativas.html>
44. Jacinto Faya Viesca; El Siglo De Correòn.2010 (citado el 12 de agosto del 2012). Disponible en
:<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/585299.la-insatisfaccion-personal-y-sus-remedios.html>.
45. BRANDEN NATHANIEL. **Cómo mejorar su autoestima**. España. Editorial: Paidos Iberica. Primera Edición.1987.
46. DÍAZ Mariela. **Autoestima y autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres**. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Argentina. Universidad del Aconcagua, 2008.
47. OMS. **Tuberculosis**. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>. Artículo web. Consultado el de julio del 2013.
48. PAURO Heise. **Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de tuberculosis pulmonar y extra pulmonar en los pacientes atendidos en el puesto de salud Vilcapata de la ciudad de Juliaca**. Tesis de Maestría. Perú .Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, 2012
49. TORRES URÍA, Margarita Ruth. **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 para obtener el grado de Licenciada en Psicología. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2002.
50. VINACCIA, STEFANO y otros. **Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar,** en *Anales de Psicología*. Vol. 23 (2):245 a 246. Diciembre 2007.
51. SULMONT HAAK, David. **Encuesta Nacional Sobre Exclusión y Discriminación Social.** Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/10-23_2.pdf Artículo web. Consultado el 8 de agosto del 2013.
52. UGARTE GIL, César Augusto. **Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos,** en *Acta Médica Peruana*. Volumen 26 (1). Marzo 2009.
53. BUENAS TAREAS. **Impacto Emocional De La Tuberculosis En El Núcleo Familiar.** Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Impacto-Emocional-De-La-Tuberculosis-En/3195567.html>. Artículo web. Consultado el 10 de agosto del 2013.
54. Blogger. **Modelo de la Dra. Nola Pender.** Disponible en: <http://enfermeriacomunitariaii.blogspot.com/2010/05/modelo-de-la-dra-nola-pender.html>. Artículo web. Consultada el 01 de octubre del 2013.
55. ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladis Patricia. **El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión,**

en Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 8. (4): 16 a 21. Octubre-Diciembre 2011.

56. CANALES, Francisca H. y otros. **Metodología de la investigación**. México. Editorial Limusa.2009.
57. DAWSOON, Beth y TRAPP, Roberth. **Bioestadística Médica**. México. Editorial El Manual Moderno .Cuarta edición .2004
58. PINEDA, Elia B y ALVARADO, Eva Luz. **Metodología de la investigación** .Washington D.C. OPS. 2008.
59. WAYNE W. Daniel. **Bioestadística** .México. Editorial Limusa S.A. Cuarta Edición. 2004.
60. DAWSON SAUNOERS, Beth .**Bioestadística**. México. Editorial El Manual Moderno. Segunda edición 2002.
61. ESTANTON A.Glantz. PHD. **Bioestadística**. Editorial Mac Graw Hill. Sexta edición.2005
62. PAGANO, Marcelo. **Fundamentos de bioestadística** .Editorial Match.Segundaedición.2003.
63. PEREZ LEGOAS, Luis Alberto .**Estadística Básica**. Editorial San Marcos. Primera Edición .2007.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO A: Matriz de consistencia.....89
- ANEXO B: Consentimiento informado91
- ANEXO C: Autorización.....92
- ANEXO D: Escala de clima social familiar95
- ANEXO E: Escala de autoestima96
- ANEXO F: Juicio de expertos Instrumento Escala de Clima Social Familiar97
- ANEXO G: Juicio de Expertos Instrumento Escala de Autoestima.....98
- ANEXO H: Prueba de Confiabilidad Escala de Autoestima de Rosenberg modificada.....99
- ANEXO I: Prueba de Confiabilidad escala del Clima Social Familiar de Moos.....100
- ANEXO J :Evaluación de la distribución de las variables clima social familiar y autoestima.....101
- ANEXO K: Escala de Estanimos -Variable Clima Social Familiar....102
- ANEXO L: Escala de Estanimos - Variable Nivel de Autoestima.....103
- ANEXO M: Escala de Puntuación de Estanimos para la categorización de la Dimensión de Relación de la Variable Clima Social Familiar...104

- ANEXO N: Escala de Puntuación de Estanimos para la categorización de la Dimensión de Desarrollo de la Variable Clima Social Familiar.....105
- ANEXO O: Escala de Puntuación de Estanimos para la categorización de la Dimensión de Desarrollo de la Variable Clima Social Familiar.....106
- ANEXO P: Procedimiento para hallar la relación entre las variables clima social familiar y nivel de autoestima.....107
- ANEXO Q: Graficos estadísticos.....108
- ANEXO R: Coeficiente de correlación de Karl Pearson.....111
- ANEXO S: Prueba Estadística "T" de Student.....115
- ANEXO T: Tabla T-Student.....118
- ANEXO U: Prueba Chi-cuadrado.....119
- ANEXO V: Prueba de hipótesis.....121
- ANEXO V: Prueba De Hipótesis Con Corrección De Yates.....122
- ANEXO V: Prueba De Hipótesis Con Corrección De Yates.....123
- ANEXO V: Prueba De Hipótesis Con Corrección De Yates.....124
- ANEXO W: Tabla de Chi-Cuadrado.....125
- ANEXO X: Puntajes obtenidos de las escalas.....126
- ANEXO Y: Normalidad de las variables.....127
- ANEXO Z: La prueba de kolmogorov - Smirnov.....128

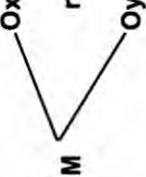
ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: "CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED SANTA FE 2013"

AUTORAS: GOMERO DE LA CRUZ, Cindv; GONZALES PALACIOS, Nancy; SUBELETE AUCCACUSI, Edith.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Cuál es la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Santa Fe?</p>	<p><u>GENERAL</u></p> <p>✓ Determinar la relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p> <p><u>ESPECIFICO</u></p> <p>✓ Identificar las características del clima social familiar de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p>	<p>H1: Existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p> <p>H0: No existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p>	<p>1-TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>La presente investigación determinó un estudio de tipo, DESCRIPTIVO CORRELACIONAL y de CORTE TRANSVERSAL, de acuerdo al registro de información y ocurrencia de los hechos.</p> <p>2.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El diseño de la investigación que se utilizó en el presente trabajo es Descriptivo correlacional, orientado a determinar la relación que existe entre dos</p>	<p>• Población</p> <p>La población considerada para el estudio estará conformada por los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis que asisten a la Microred Santa Fe, siendo un total de 50 pacientes.</p> <p>• Muestra</p> <p>El tamaño de la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para poblaciones finitas, estableciendo como nivel de confianza del 90% y un error relativo del 5%, obteniéndose como muestra a 44 usuarios con tuberculosis; permitiendo que sea una muestra representativa, lo que proporcionó un mejor grado de precisión y resultados estadísticamente significativos.</p>

	<p>✓ Identificar el nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p> <p>✓ Relacionar el clima social familiar y el nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.</p>		<p>variables o la relación existente entre dos fenómenos o eventos.</p> <p>El diagrama que ilustra el diseño de investigación mencionado es el siguiente:</p>  <p>Dónde: M= Muestra de los pacientes que asisten al Programa de Control de Tuberculosis. Ox= Medición de la variable de Clima Social Familiar Oy= Medición de la variable de Nivel de Autoestima. r = Relación entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima</p>	<p>Para la selección de los participantes del estudio se hizo uso del muestreo probabilístico.</p> <p>Determinación del Tamaño de la Muestra</p> <p>Para el cálculo de la muestra se empleó la siguiente fórmula:</p> $N = \frac{Z^2 N_0 p.q}{e^2(N-1)+Z^2.p.q}$ <p>Dónde: n: es el tamaño de la muestra N: Es el tamaño de la población; comprendida por 50 usuarios con tuberculosis que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis. Z: Es el valor correspondiente a la distribución de Gauss igual a 1,96. p: Proporción esperada de la característica a evaluar equivalente 0,5. q: Es 1-P (Q=0,5). e: Es el error de muestreo equivalente a 0,05.</p> $n = \frac{1,96 \cdot 50 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,052(50-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$ <p>n=44 Usuarios con tuberculosis.</p>
--	---	--	---	--

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....
paciente del programa de control de tuberculosis de la Microred Santa Fe – Callao;
identificado (a) con DNI N°..... doy mi
consentimiento para participar en la investigación acerca de “ **Clima Social Familiar
y Nivel de Autoestima de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Santa
Fe 2013**”, luego de haber sido informado (a) acerca de los objetivos y propósito de
la investigación y del carácter confidencial del mismo desarrollando las presentes
escalas de autoestima y clima social familiar.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO C

AUTORIZACIÓN

H.R
017872

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Cuidado de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"



21 OCT 2013

OFICIO N° 4327 2013-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señorita
Nancy Gonzales Palacios
Universidad Nacional del Callao
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con Tuberculosis de la Microrred Santa Fe 2013".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director General
C.M.E. 10048

RALMENA/10048/

www.diresacallao.gob.pe
rhuamora@diresacallao.gob.pe

J. Celius N° 879 Bellavista - Callao
Teléfono: 4659048-4655279

ANEXO C

AUTORIZACIÓN

H.R.
017872

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"



21 OCT 2013

OFICIO N° 4324 2013-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señorita
Edith Subelete Auccacusi
Universidad Nacional del Callao
Presente -

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con Tuberculosis de la Microrred Santa Fe 2013".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DR. RICARDO ALDO LAMA TOROLES
Director General
C. M. P. 17000

RALMENA/HOARD

0020.diresa@callao.gob.pe
0020.diresa@callao.gob.pe

J. Cobos N° 879 Bellavista - Callao
Teléfono: 415004-463379

ANEXO C

AUTORIZACIÓN

H.R.
017872

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"



21 OCT 2013

OFICIO N° 4323 2013-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señorita
Cindy Gomero De La Cruz
Universidad Nacional del Callao
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los Pacientes con Tuberculosis de la Microrred Santa Fe 2013".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
D^R RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director General
C. N. P. 12550

RALM/EN/AT/ROAD/

www.diresacallao.gob.pe
chumpson@dirsanccion.gob.pe

Jr. Colima N° 679 Bellavista - Callao
Teléfono: 45 59048-455279

ANEXO D

ESCALA CLIMA SOCIAL FAMILIAR

A continuación encontrará una lista de afirmaciones entorno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre su familia. Marque con una X la respuesta que más lo identifica, recuerde que se pretende conocer lo que Ud. piensa de su familia.

Ítems	Nunca	Alguna vez	Pocas veces	Casi siempre	Siempre
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.					
2. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.					
3. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.					
4. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o está mal.					
5. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.					
6. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.					
7. En mi casa comentamos nuestros problemas personales					
8. Generalmente, en mi familia cada persona confía en si misma cuando surge un problema.					
9. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona					
10. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.					
11. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.					
12. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertimos.					
13. Las personas de mi familia se apoyan de verdad unas a otras					
14. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.					
15. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.					
16. En nuestra familia discutimos mucho.					
17. En mi casa no hay libertad para expresar libremente lo que se piensa.					
18. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.					
19. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.					
20. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiere.					

ANEXO E

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

A continuación encontrará una lista de afirmaciones entorno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

ITEMS	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.					
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.					
3. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.					
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.					
5. En general ,estoy satisfecho conmigo mismo/a.					
6. En general ,me inclino a pensar que soy un fracasado/a.					
7. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.					
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.					
9. A veces me siento verdaderamente inútil.					
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.					

Escala de autoestima de ROSENBERG. Modificada y adaptada para el presente estudio.

ANEXO F
TABLA DE CONCORDANCIA
JUICIO DE EXPERTOS
INSTRUMENTO: ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

ITEM	JUECES						TOTAL (p)
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	0,015625
6	1	1	1	1	1	1	0,015625
7	1	1	1	1	1	1	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	0,015625

Si $p < 0,05$ concordancia significativa

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05; por lo tanto el grado de concordancia es significativa.

ANEXO G

TABLA DE CONCORDANCIA

JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOESTIMA

ITEM	JUECES						TOTAL (p)
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,015625
2	1	1	1	1	1	1	0,015625
3	1	1	1	1	1	1	0,015625
4	1	1	1	1	1	1	0,015625
5	1	1	1	1	1	1	0,015625
6	1	1	1	1	1	1	0,015625
7	1	1	1	1	1	1	0,015625
8	1	1	1	1	1	1	0,015625
9	1	1	1	1	1	1	0,015625
10	1	1	1	1	1	1	0,015625
11	1	1	1	1	1	1	0,015625

Si $p < 0,05$ concordancia significativa

Favorable= 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05; por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

ANEXO H
PRUEBA DE CONFIABILIDAD
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
ALPHA DE CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento de la escala de autoestima de Rosenberg modificada, se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de ALPHA DE CRONBACH, aplicándose la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S^2} \right],$$

Donde

- S_i^2 : Es la varianza de la suma de los ítems.
- $\sum S_i^2$: Sumatoria de la varianza de los ítems.
- k : Es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = \left(\frac{10}{10-1} \right) (1 - 9.466 / 48.48)$$

$$\alpha = \left(\frac{10}{9} \right) (1 - 0.19)$$

$$\alpha = (1.11) (0.8047)$$

$$\alpha = 0.8941$$

$$\alpha = 0.90$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser: $\alpha > 0.7$, por lo tanto el instrumento a utilizar es confiable al tener como $\alpha = 0.90$

ANEXO I
PRUEBA DE CONFIABILIDAD
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
ALPHA DE CRONBACH

PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento de la escala del clima social familiar de Moos modificada, se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de ALPHA DE CRONBACH, aplicándose la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde

- S_i^2 : Es la varianza de la suma de los ítems.
- $\sum S_i^2$: Sumatoria de la varianza de los ítems.
- k : Es el número de preguntas o ítems.

$$\alpha = (20/20-1) (1 - 38/200)$$

$$\alpha = (20/19) (1 - 38/200)$$

$$\alpha = (1.0526) (1-0.19)$$

$$\alpha = (1.0526) (0.81)$$

$$\alpha = 0.852606$$

$$\alpha = 0.85$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser: $\alpha > 0.7$, por lo tanto el instrumento a utilizar es confiable al tener como $\alpha = 0.85$

ANEXO J

EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y AUTOESTIMA

Las variables Clima Social Familiar ($p=0.836$) y Autoestima ($p=0.653$) presentan distribución normal ($p>0.05$) para el análisis de su relación se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson.

PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA UNA MUESTRA

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de clima_social_familiar es normal con la media 52,068 y la desviación típica 16,80.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	,836	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de autoestima es normal con la media 28,682 y la desviación típica 9,05.	Prueba Kolmogorov-Smirnov de una muestra	,653	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

- a.-La distribución de contraste es la normal.
- b.-Se han calculado a partir de los datos.

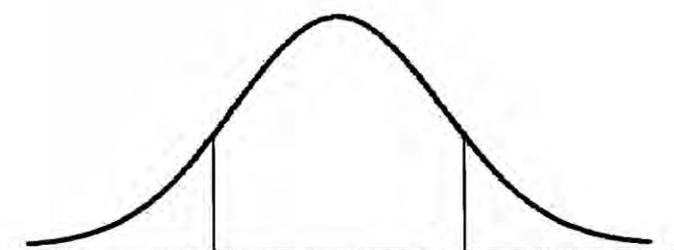
ANEXO K

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANIMOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

ADECUADO

MEDIANAMENTE ADECUADO

INADECUADO



A X B

$$A=X-0.75 (D.S) \quad B=X+0.75 (D.S)$$

Dónde:

X=Media Aritmética

D.S=Desviación estándar

Procedimiento:

- ✦ Se calculó el promedio $X=52$
- ✦ Se calculó la D.S =17
- ✦ Reemplazando:

$$a=x-0.75 (D.S)$$

$$b=x+0.75 (D.S)$$

$$a=52- 13$$

$$b=52+13$$

$$a=39$$

$$b=65$$

Niveles:

- ✓ Adecuado: 66-100
- ✓ Medianamente adecuado: 40-65
- ✓ Inadecuado: 20-39

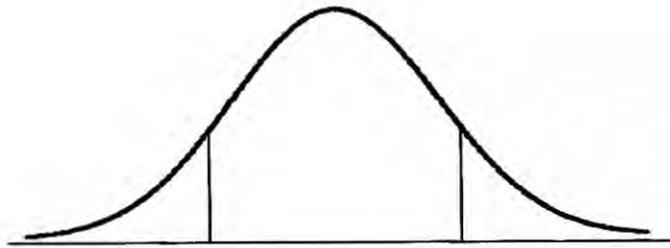
ANEXO L

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANIMOS PARA LA CATEGORIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE AUTOESTIMA

ALTO

MEDIO

BAJO



A

X

B

$$A=X-0.75 (D.S)$$

$$B=X+0.75 (D.S)$$

Dónde:

X=Media Aritmética

D.S=Desviación estándar

Procedimiento:

- ✚ Se calculó el promedio $X=29$
- ✚ Se calculó la D.S =9
- ✚ Reemplazando:

$$a=x-0.75 (D.S)$$

$$b=x+0.75 (D.S)$$

$$a=29 - 7$$

$$b=29+7$$

$$a=22$$

$$b=36$$

Niveles:

- ✓ Alto: 36-50
- ✓ Medio: 22-35
- ✓ Bajo: 10-20

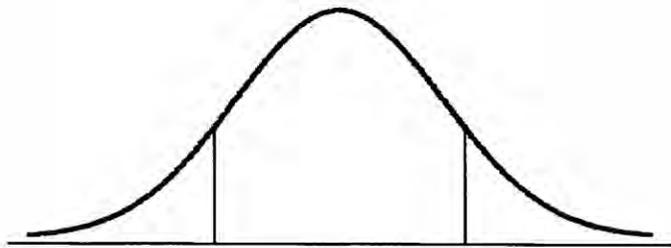
ANEXO M

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANIMOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION DE RELACION DE LA VARIABLE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

ADECUADO

MEDIANAMENTE ADECUADO

INADECUADO



A X B

$$A=X-0.75 (D.S) \qquad B=X+0.75 (D.S)$$

Dónde:

X=Media Aritmética

D.S=Desviación estándar

Procedimiento:

- ⚡ Se calculó el promedio $X=23.54$
- ⚡ Se calculó la D.S =7.8
- ⚡ Reemplazando:

$$a=x-0.75 (D.S)$$

$$b=x+0.75 (D.S)$$

$$a= 23.54 - 5.85$$

$$b=23.54 +5.85$$

$$a=18$$

$$b=29$$

Niveles:

- ✓ Adecuado: 30-45
- ✓ Medianamente adecuado: 18-29
- ✓ Inadecuado: 9-17

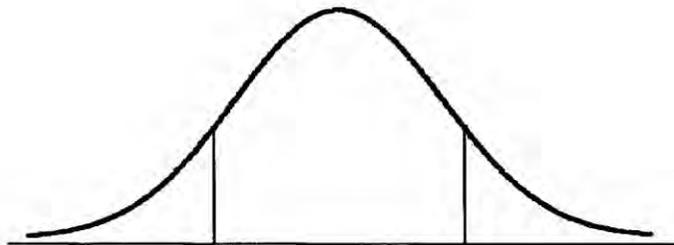
ANEXO N

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANIMOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA DIMENSION DE DESARROLLO DE LA VARIABLE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

ADECUADO

MEDIANAMENTE ADECUADO

INADECUADO



A

X

B

$$A=X-0.75 (D.S)$$

$$B=X+0.75 (D.S)$$

Dónde:

X=Media Aritmética

D.S=Desviación estándar

Procedimiento:

- ✚ Se calculó el promedio $X=15.97$
- ✚ Se calculó la D.S =5.7
- ✚ Reemplazando:

$$a=x-0.75 (D.S)$$

$$a=15.97- 4.27$$

$$a=12$$

$$b=x+0.75 (D.S)$$

$$b=15.97+4.27$$

$$b=20$$

Niveles:

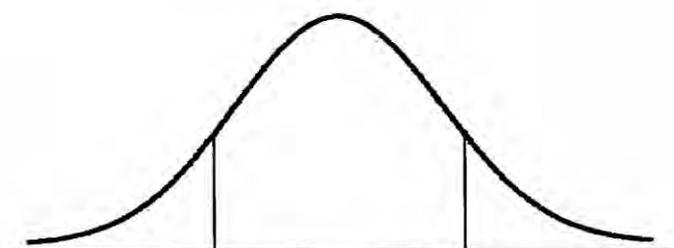
- ✓ Adecuado: 21-30
- ✓ Medianamente adecuado: 12-20
- ✓ Inadecuado: 6-11

ANEXO O
ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANIMOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE
LA DIMENSION DE ESTABILIDAD DE LA VARIABLE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

ADECUADO

MEDIANAMENTE ADECUADO

INADECUADO



A X B

$A=X-0.75 (D.S)$ $B=X+0.75 (D.S)$

Dónde:

X=Media Aritmética

D.S=Desviación estándar

Procedimiento:

- ✦ Se calculó el promedio $X=12.60$
- ✦ Se calculó la D.S =4.04
- ✦ Reemplazando:

$a=x-0.75 (D.S)$

$b=x+0.75 (D.S)$

$a=12.60- 3$

$b=12.60+3$

$a=10$

$b=16$

Niveles:

- ✓ Adecuado: 17-25
- ✓ Medianamente adecuado: 10-16
- ✓ Inadecuado: 5-9

ANEXO P

PROCEDIMIENTO PARA HALLAR LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS.

- Planteamiento de la hipótesis:

H₀: No existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

H_A: existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

- Estadística de prueba: Cuando $\rho=0$, es posible mostrar que la estadística de prueba adecuada es:

$$t = r \sqrt{n-2 / 1-r^2}$$

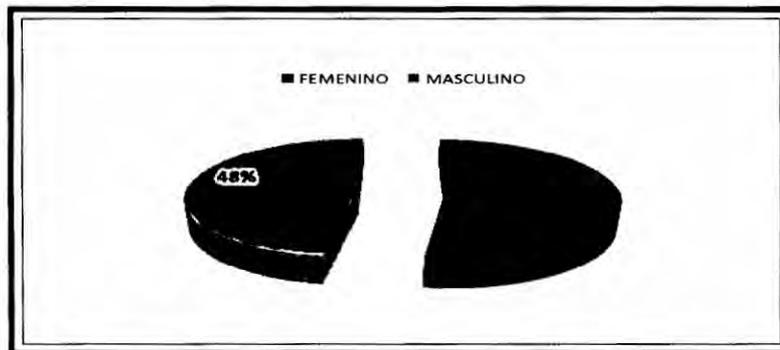
- Distribución de la estadística de prueba: Cuando es verdadera y se cumplen las suposiciones, la estadística de prueba sigue la distribución t de Student con n-2 grados de libertad.
- Regla de decisión: El contraste es bilateral, por ello buscamos en la T de Student con 42 grados de libertad el valor que deja por debajo una probabilidad de 0.975 que es 2.0181.
- Cálculo de la estadística de prueba: El valor calculado de t es 3.27.
- Decisión estadística: Dado que el valor calculado de la estadística de prueba excede el valor crítico de t, se rechaza la hipótesis nula.
- Conclusión: Se concluye que el clima social familiar se relaciona con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe.

ANEXO Q

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

GRÁFICO N°2

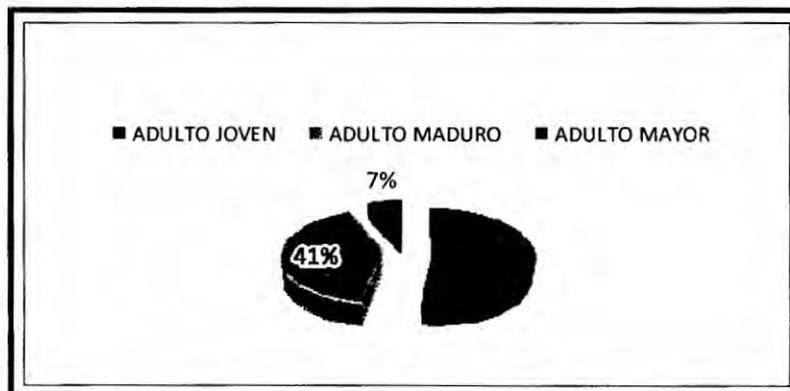
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU SEXO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013

GRÁFICO N°3

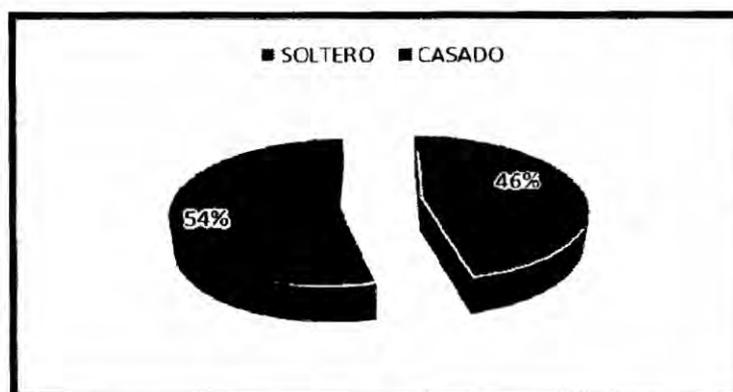
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU GRUPO ETÁREO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013

GRÁFICO N°4

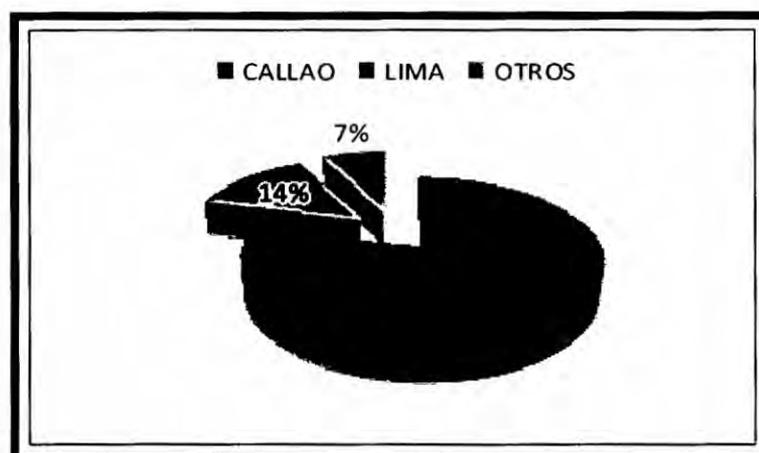
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU ESTADO CIVIL DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013

GRÁFICO N°5

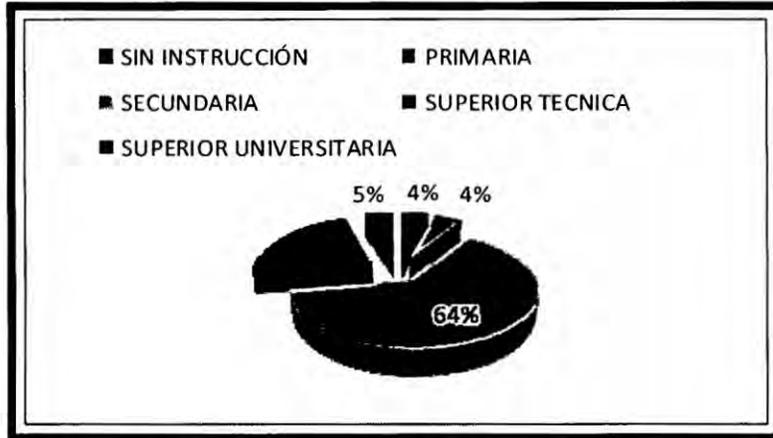
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU PROCEDENCIA DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013.

GRÁFICO N°6

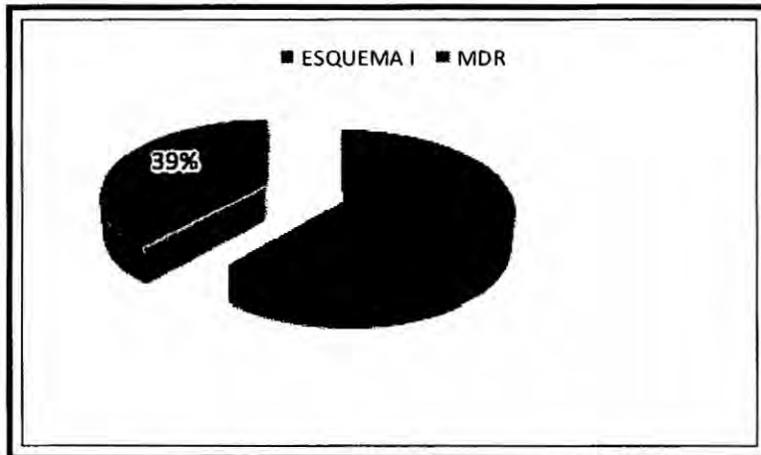
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE LA MICRORED SANTA FE 2013.



FUENTE: Instrumento aplicado a pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe-2013.

ANEXO R

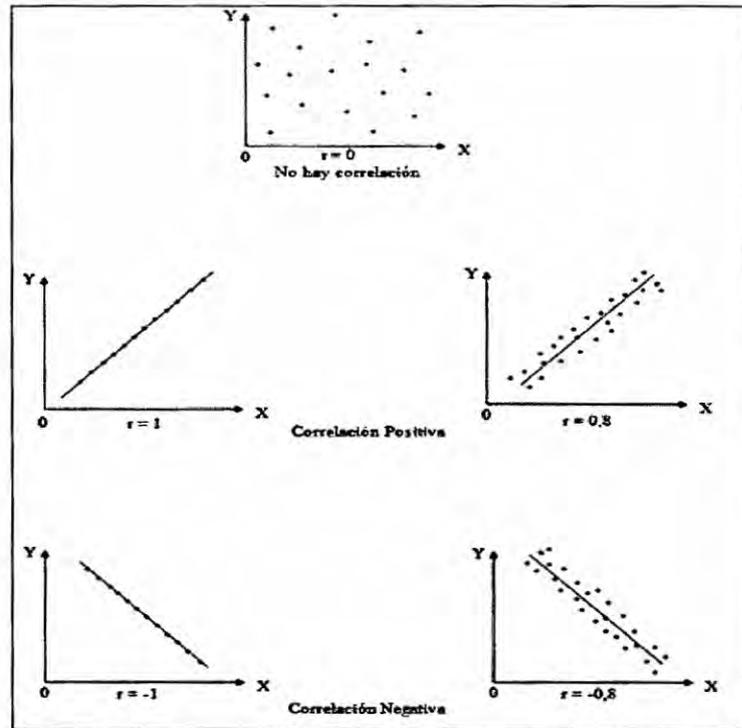
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KARL PEARSON

Dado dos variables, la correlación permite hacer estimaciones del valor de una de ellas conociendo el valor de la otra variable.

Los coeficientes de correlación son medidas que indican la situación relativa de los mismos sucesos respecto a las dos variables, es decir, son la expresión numérica que nos indica el grado de relación existente entre las 2 variables y en qué medida se relacionan. Son números que varían entre los límites +1 y -1. Su magnitud indica el grado de asociación entre las variables; el valor $r = 0$ indica que no existe relación entre las variables; los valores +1 y -1 son indicadores de una correlación perfecta positiva (al crecer o decrecer X, crece o decrece Y) o negativa (Al crecer o decrecer X, decrece o crece Y)⁵⁹.

Cálculo del coeficiente r de Pearson:

$$r = \frac{n \sum x_i y_i - \sum x_i \sum y_i}{\sqrt{n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} \sqrt{n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2}}$$



El coeficiente de Pearson de correlación

VALOR DEL COEFICIENTE DE PEARSON	GRADO DE CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES
$r = 0$	Ninguna correlación
$r = 1$	Correlación positiva perfecta
$0 < r < 1$	Correlación positiva
$r = -1$	Correlación negativa perfecta
$-1 < r < 0$	Correlación negativa

- **Significación del Coeficiente de Correlación**

Una vez calculado el valor del coeficiente de correlación interesa determinar si tal valor obtenido muestra que las variables X e Y están relacionadas en realidad o tan sólo presentan dicha relación como consecuencia del azar. En otras palabras, nos preguntamos por la significación de dicho coeficiente de correlación.

Un coeficiente de correlación se dice que es significativo si se puede afirmar, con una cierta probabilidad, que es diferente de cero. Más estrictamente, en términos estadísticos, preguntarse por la significación de un cierto coeficiente de correlación no es otra cosa que preguntarse por la probabilidad de que tal coeficiente proceda de una población cuyo valor sea de cero. A este respecto, como siempre, tendremos dos hipótesis posibles:

$H_0: r_{xy} = 0$ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero ($p = 0$).

$H_1: r_{xy} \neq 0$ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero ($p \neq 0$).

Desde el supuesto de la Hipótesis nula se demuestra que la distribución muestral de correlaciones procedentes de una población caracterizada por una correlación igual a cero ($p = 0$) sigue una ley de Student con N-2 grados de libertad, de medio el valor poblacional y desviación tipo:

$$S_r = \sqrt{\frac{1-r_{xy}^2}{N-2}}$$

En consecuencia, dado un cierto coeficiente de correlación r_{xy} obtenido en una determinada muestra se trata de comprobar si dicho coeficiente es posible que se encuentre dentro de la distribución muestral especificada por la Hipótesis nula. A efectos prácticos, se calcula el número de desviaciones tipo que se encuentra el coeficiente obtenido del centro de la distribución, según la fórmula conocida y se compara el valor obtenido con el existente en las tablas para un cierto nivel de significación y $N-2$ grados de libertad - $t_{(\alpha, N-2)}$ que como se sabe, marca el límite (baja probabilidad de ocurrencia, según la Hipótesis nula) de pertenencia de un cierto coeficiente r_{xy} a la distribución muestral de correlaciones procedentes de una población con $\rho=0$.

ANEXO S

PRUEBA ESTADÍSTICA “T” DE STUDENT

Se utiliza para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos, es decir que se utiliza cuando deseamos comparar dos medias. Se utiliza para la comparación de dos medias de poblaciones independientes y normales.

Asumimos que las variables dependientes tienen una distribución normal. Especificamos el nivel de la probabilidad (nivel de la alfa, nivel de la significación, que estamos dispuestos a aceptar ($p < .05$ es un valor común que se utiliza).

- Con una prueba t, tenemos una variable independiente y una dependiente.
- La variable independiente (por ejemplo sexo) solo puede tener dos niveles (hombre y mujer).
- Si la independiente tuviera más de dos niveles, después utilizaríamos un análisis de la variación unidireccional (ANOVA).
- La prueba estadística para t de Student es el valor t. Conceptualmente, la t-valor representa el número de unidades estándares que están separando las medias de los dos grupos.

- Si nuestra t-prueba produce un t-valor que da lugar a una probabilidad de .01, decimos que la probabilidad de conseguir la diferencia que encontramos sería por casualidad de 1 de cada 100 veces.

Cuatro factores contribuyen para indicar si la diferencia entre dos medias de los grupos se puede considerar significativa:

- Cuanto mayor es la diferencia entre las dos medias, mayor es la probabilidad que una diferencia estadística significativa existe.
 - El tamaño de la muestra es extremadamente importante en la determinación de la significación de la diferencia entre las medias. Aumentando el tamaño de la muestra, las medias tienden a ser más estables y más representativas.
 - Un nivel más grande de la alfa requiere menos diferencia entre las medias ($p < .05$).
 - Se debe utilizar una hipótesis (con dos colas) no directiva.
- Asunciones subyacentes la prueba de t:
- Las muestras se han dibujado aleatoriamente a partir de sus poblaciones respectivas.
 - La población se debe distribuir normalmente.
 - Unimodal (un modo).

- Simétrico (las mitades izquierdas y derechas son imágenes espejo), el mismo número de gente arriba o abajo de la media.
- Acampanado (altura máxima (moda) en el medio).
- Media, moda, y mediana se localizan en el centro.
- Asintótico (cuanto más lejos se aleja la curva de la media, más cercana será el eje de X; pero la curva nunca debe tocar el eje de X).
- El número de personas en las poblaciones debe tener la misma varianza ($s^2 = s^2$). Si no es el caso se utiliza otro cálculo para el error estándar. Existen 2 tipos de prueba t de Student.

Test t para diferencia par: (grupos dependientes, test t correlacionado): $df = n$ (número de pares) - 1. Esto se refiere a la diferencia entre las cuentas medias de una sola muestra de individuos que se determina antes del tratamiento y después del tratamiento. Puede también comparar las cuentas medias de muestras de individuos que se aparean de cierta manera (por ejemplo los hermanos, madres, hijas, las personas que se emparejan en términos de las características particulares).

Test t para muestras independientes: Esto se refiere a la diferencia entre los promedios de dos poblaciones. Básicamente, el procedimiento compara los promedios de dos muestras que fueron seleccionadas independientemente una de la otra. Un ejemplo sería comparar cuentas matemáticas de un grupo experimental con un grupo de control ^{61, 62}.

ANEXO T

Tabla 4: Distribución t - Student Acumulada

Pag. 18

$$\Pr(t_n \leq t)$$

n	D					
	0,750	0,900	0,950	0,975	0,990	0,995
1	1,0000	3,0777	6,3138	12,7062	31,8207	63,6574
2	0,8163	1,8856	2,9200	4,3027	6,9646	9,9248
3	0,7649	1,6337	2,3534	3,1824	4,5407	5,8409
4	0,7407	1,5332	2,1318	2,7764	3,7469	4,6041
5	0,7267	1,4759	2,0150	2,5906	3,3649	4,0322
6	0,7172	1,4398	1,9432	2,4479	3,1427	3,7074
7	0,7111	1,4149	1,8946	2,3646	2,9980	3,4995
8	0,7064	1,3968	1,8595	2,3060	2,8963	3,3554
9	0,7027	1,3830	1,8331	2,2621	2,8214	3,2498
10	0,6998	1,3722	1,8125	2,2311	2,7638	3,1691
11	0,6974	1,3634	1,7959	2,2010	2,7181	3,1058
12	0,6955	1,3562	1,7823	2,1788	2,6800	3,0545
13	0,6938	1,3502	1,7709	2,1604	2,6493	3,0121
14	0,6924	1,3450	1,7613	2,1448	2,6243	2,9768
15	0,6912	1,3406	1,7531	2,1313	2,6023	2,9467
16	0,6901	1,3368	1,7459	2,1199	2,5823	2,9208
17	0,6892	1,3334	1,7396	2,1098	2,5649	2,8982
18	0,6884	1,3304	1,7341	2,1009	2,5494	2,8784
19	0,6876	1,3277	1,7291	2,0930	2,5353	2,8609
20	0,6870	1,3253	1,7247	2,0860	2,5220	2,8453
21	0,6864	1,3232	1,7207	2,0796	2,5100	2,8314
22	0,6859	1,3212	1,7171	2,0739	2,4989	2,8189
23	0,6853	1,3193	1,7139	2,0687	2,4899	2,8073
24	0,6848	1,3176	1,7109	2,0639	2,4821	2,7965
25	0,6844	1,3161	1,7081	2,0593	2,4751	2,7864
26	0,6840	1,3146	1,7056	2,0550	2,4686	2,7767
27	0,6837	1,3132	1,7033	2,0518	2,4627	2,7675
28	0,6834	1,3119	1,7011	2,0484	2,4571	2,7587
29	0,6830	1,3104	1,6991	2,0452	2,4520	2,7504
30	0,6828	1,3094	1,6973	2,0423	2,4473	2,7426
31	0,6825	1,3085	1,6956	2,0395	2,4428	2,7350
32	0,6822	1,3078	1,6939	2,0369	2,4387	2,7278
33	0,6820	1,3072	1,6924	2,0345	2,4348	2,7210
34	0,6818	1,3066	1,6909	2,0321	2,4311	2,7144
35	0,6816	1,3062	1,6896	2,0301	2,4277	2,7080
36	0,6814	1,3055	1,6883	2,0281	2,4243	2,7018
37	0,6812	1,3049	1,6871	2,0262	2,4214	2,6954
38	0,6810	1,3043	1,6860	2,0244	2,4186	2,6891
39	0,6809	1,3038	1,6844	0,0227	2,4158	2,6829
40	0,6807	1,3031	1,6833	0,0211	2,4133	2,6768
41	0,6805	1,3025	1,6825	0,0193	2,4108	2,6707
42	0,6804	1,3020	1,6820	0,0181	2,4084	2,6648
43	0,6802	1,3016	1,6811	0,0167	2,4063	2,6591
44	0,6801	1,3011	1,6802	0,0154	2,4041	2,6535
45	0,6800	1,3006	1,6794	0,0141	2,4021	2,6480

ANEXO U

PRUEBA CHI-CUADRADO

Esta prueba puede utilizarse incluso con datos medibles en una escala nominal. La hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra. Para realizar este contraste se disponen los datos en una tabla de frecuencias. Para cada valor o intervalo de valores se indica la frecuencia absoluta observada o empírica (O_i). A continuación, y suponiendo que la hipótesis nula es cierta, se calculan para cada valor o intervalo de valores la frecuencia absoluta que cabría esperar o frecuencia esperada ($E_i = n \cdot p_i$, donde n es el tamaño de la muestra y p_i la probabilidad del i -ésimo valor o intervalo de valores según la hipótesis nula). El estadístico de prueba se basa en las diferencias entre la O_i y E_i y se define como:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Este estadístico tiene una distribución Chi-cuadrado con $k-1$ grados de libertad si n es suficientemente grande, es decir, si todas las frecuencias esperadas son mayores que 5. En la práctica se tolera un máximo del 20% de frecuencias inferiores a 5. Si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas el estadístico tomará un valor igual a

0; por el contrario, si existe una gran discrepancia entre estas frecuencias el estadístico tomará un valor grande y, en consecuencia, se rechazará la hipótesis nula. Así pues, la región crítica estará situada en el extremo superior de la distribución Chi-cuadrado con $k-1$ grados de libertad ⁶³.

ANEXO V

PRUEBA DE HIPÓTESIS CON CORECCIÓN DE YATES

1.-Planteamiento de la hipótesis:

Ho: "No existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis de la Microred Santa Fe 2013".

2.-Formula del Chi cuadrado con corrección de Yates con un nivel de significancia del 95% de confianza.

$$|O_i - E_i| - 0.5$$

COMBINACIONES	O	E	ABS/O-E/-0.5	O-E 2	F2
ADECUADO ALTO	3	2,5	0	0	0
ADECUADO MEDIO	6	5,45	0,05	0,0025	0,00045872
ADECUADO BAJO	1	2,04	0,54	0,2916	0,14294118
MEDIANAMENTE ALTO	7	5,25	1,25	1,5625	0,29761905
MEDIANAMENTE MEDIO	14	11,45	2,05	4,2025	0,36703057
MEDIANAMENTE BAJO	0	4,29	3,79	14,3641	3,34827506
INADECUADO ALTO	1	3,25	1,75	3,0625	0,94230769
INADECUADO MEDIO	4	7,09	2,59	6,7081	0,9461354
INADECUADO BAJO	8	2,65	4,85	23,5225	8,87641509
					14,9211828

3.-Reemplazando: $X^2 = 14.9$

4.-Cálculo de los grados de libertad (gl): $gl = (\# \text{ Filas} - 1)(\# \text{ Columnas} - 1)$

$$gl = (3-1)(3-1)$$

$$gl = 4$$

5.-Entonces: Valor encontrado > Valor esperado

$$14.9 > 9.481$$

Por lo tanto: Se rechaza la hipótesis nula.

ANEXO V

CHI CUADRADO PARA LA DIMENSION DE RELACIONES CON CORECCIÓN DE YATES

1.-Formula del Chi cuadrado con corrección de yates con un nivel de significancia del 95% de confianza.

$$|O_i - E_i| - 0.5$$

	O_i	E_i	$ O_i - E_i $	$ O_i - E_i - 0.5$	$(O_i - E_i - 0.5)^2$	$\frac{(O_i - E_i - 0.5)^2}{E_i}$
ADECUADO ALTO	1	2,95454545	2	1,5	2,25	0,76153846
ADECUADO MEDIO	1	10,0227273	8,93181818	8,43181818	71,0955578	7,09343434
ADECUADO BAJO	9	3,84090909	5,75	5,25	27,5625	7,1760355
MEDIANMENTE ADECUADO ALTO	8	4,77272727	1,72727273	1,22727273	1,50619835	0,31558442
MEDIANMENTE ADECUADO MEDIO	12	4,77272727	5,72727273	5,22727273	27,3243802	5,72510823
MEDIANMENTE ADECUADO BAJO	3	6,20454545	3,79545455	3,29545455	10,8600207	1,75033301
INADECUADO ALTO	3	2,27272727	0,27272727	-0,22727273	0,05165289	0,02272727
INADECUADO MEDIO	6	4,77272727	1,68181818	1,18181818	1,39669421	0,29264069
INADECUADO BAJO	1	2,95454545	1,95454545	1,45454545	2,11570247	0,71608391
					CHI	23,8534858

2.-Reemplazando: $X^2 = 23.85$

3.-Cálculo de los grados de libertad (gl): $gl = (\# \text{ Filas} - 1)(\# \text{ Columnas} - 1)$

$$gl = (3-1)(3-1)$$

$$gl = 4$$

4.-Entonces: Valor encontrado > Valor esperado

$$23.85 > 9.481$$

Por lo tanto: La dimensión relaciones del clima social familiar se relaciona con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis.

ANEXO V

CHI CUADRADO PARA LA DIMENSION DE DESARROLLO CON CORECCIÓN DE YATES

1.-Formula del Chi cuadrado con corrección de yates con un nivel de significancia del 95% de confianza.

$$|O_i - E_i| - 0.5$$

	O	E	O-E	O-E -0.5	(O-E - 0.5) ²	
ADCUADO ALTO	1	1,591	0,591	0,091	0,00826446	0,0051948
ADUACUADO MEDIO	0	3,341	3,341	2,841	8,07076446	2,4157390
ADECUADO BAJO	6	2,068	3,932	3,432	11,777376	5,6945554
MEDIANAMENTE ADECUADO ALTO	7	6,136	0,864	0,364	0,1322314	0,0215488
MEDINAMENTE ADECUADO MEDIO	13	12,886	0,114	-0,386	0,14927686	0,0115841
MEDINAMENTE ADECUADO BAJO	6	7,977	1,977	1,477	2,18233471	0,27356902
INADECUADO ALTO	2	2,273	0,273	-0,227	0,05165289	0,02272727
INADECUADOMEDIO	8	4,773	3,227	2,727	7,43801653	1,55844156
INADECUADO BAJO	1	2,955	1,955	1,455	2,11570248	0,71608392
					CHI	10,7194440

2.-Reemplazando: $X^2 = 10.71$

3.-Cálculo de los grados de libertad (gl): $gl = (\# \text{ Filas} - 1)(\# \text{ Columnas} - 1)$

$$gl = (3-1)(3-1)$$

$$gl = 4$$

4.-Entonces: Valor encontrado > Valor esperado

$$10.71 > 9.481$$

Por lo tanto: La dimensión desarrollo del clima social familiar se relaciona con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis.

ANEXO V

CHI CUADRADO PARA LA DIMENSION DE ESTABILIDAD CON CORECCIÓN DE YATES

1.-Formula del Chi cuadrado con corrección de Yates con un nivel de significancia del 95% de confianza.

$$\frac{|O_i - E_i|}{0.5}$$

COMBINACIONES	O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² /1	
ADECUADO ALTO	2	2,27272727	0,2727273	-0,2272727	0,05165288	0,02272727
ADECUADO MEDIO	8	11,4545455	3,4545455	2,9545455	8,72933882	0,76208513
ADECUADO BAJO	1	2,9545455	1,9545455	1,4545455	2,11570261	0,71608396
MEDIANAMENTE ADECUADO ALTO	6	5,4545455	0,5454545	0,0454545	0,00206611	0,00037879
MEDIANAMENTE ADECUADO MEDIO	13	11,4545455	1,5454544	1,0454544	1,0929749	0,09541844
MEDIANAMENTE ADECUADO BAJO	4	7,09090909	3,0909091	2,5909091	6,71280996	0,94667833
INADECUADO ALTO	2	2,27272727	0,2727273	-0,2272727	0,05165288	0,02272727
INADECUADO MEDIO	0	4,77272727	4,7727273	4,2727273	18,2561986	3,82510827
INADECUADO BAJO	8	2,9545455	5,0454545	4,5454545	20,661157	6,99300699
						13,3842145

Reemplazando: $X^2 = 13,38$

3.-Cálculo de los grados de libertad (gl): $gl = (\# \text{ Filas} - 1)(\# \text{ Columnas} - 1)$

$$gl = (3-1)(3-1)$$

$$gl = 4$$

4.-Entonces: Valor encontrado > Valor esperado

$$13.38 > 9.481$$

Por lo tanto: La dimensión estabilidad del clima social familiar se relaciona con el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis

ANEXO W

TABLAS DE CHI – CUADRADO

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,9722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0765	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2401	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4451	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2831	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3857	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7897	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7907	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2370	23,3307	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3493
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6982	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9404	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,2689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9994	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0969	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0065	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1315	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2166	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3999	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

ANEXO X

PUNTAJES OBTENIDOS DE LAS ESCALAS

PACIENTE	X	Y
1	49	22
2	50	33
3	51	25
4	41	38
5	69	28
6	85	45
7	36	18
8	80	45
9	37	19
10	60	33
11	80	26
12	77	20
13	30	15
14	54	30
15	41	31
16	44	42
17	43	17
18	23	16
19	22	13
20	73	22
21	69	25
22	60	31

PACIENTE	X	Y
23	68	35
24	49	29
25	52	35
26	51	38
27	24	18
28	26	17
29	40	18
30	72	40
31	53	36
32	62	31
33	48	21
34	39	38
35	45	19
36	39	18
37	46	37
38	87	26
39	68	42
40	51	32
41	57	30
42	42	38
43	58	31
44	40	39

**X=VARIABLE CLIMA SOCIAL
FAMILIAR**

**Y=VARIABLE NIVEL DE
AUTOESTIMA**

ANEXO Y

NORMALIDAD DE LAS VARIABLES

Son los valores de determinada medición en un grupo de individuos normales de una población definida.

NORMALIDAD DE LA VARIABLE CLIMA SOCIAL FAMILIAR

MEDIA	52.06818182
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	16.8

NORMALIDAD DE LA VARIABLE NIVEL DE AUTOESTIMA

MEDIA	28.68181818
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	9.04

ANEXO Z

LA PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

La prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra es un procedimiento de "bondad de ajuste", que permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica. Su objetivo es señalar si los datos provienen de una población que tiene la distribución teórica especificada, es decir, contrasta si las observaciones podrían razonablemente proceder de la distribución especificada.

Ejemplo. Muchas pruebas paramétricas requieren que las variables se distribuyan de forma normal. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra se puede utilizar para comprobar si una variable (por ejemplo notas) se distribuye normalmente.

Estadísticos. Media, desviación típica, mínimo, máximo, número de casos no perdidos y cuartiles⁵⁹.

FÓRMULA:

$$D = \text{Max}_x |F_S(x) - F_T(x)| n$$