



APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE
LA MICRORED MAGDALENA NUEVA-
CHIMBOTE

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

KAREN GREICY MATTA TORRES

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

Mg. Jorge Manuel Mendoza Castillo

JURADO DE TESIS

MG. CORI RAQUEL ITURREGUI PAUCAR

PRESIDENTE

MG. GUISSOLA VANESSA MENDOZA CHAVEZ

VOCAL

MG. JENIFFER DENISSE CARRASCO TACURI

SECRETARIA

DEDICATORIA

A Dios, por iluminar mi camino, colmarme de bendiciones y permitirme apreciar
las maravillas y enseñanzas que ofrece la vida.

A Gilmer y Martha, quienes me dieron la vida y, con su apoyo incondicional, me
guiaron por el camino hacia la realización personal, brindándome siempre su amor
y ayuda inquebrantable. A la familia que he construido por su comprensión y
paciencia.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y a mi nueva familia, porque son mi motor y mi constancia para
culminar este proceso de mi vida.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR				
FECHA	10	Mayo	2025	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	MATTA TORRES KAREN GREICY			
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA			
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	28	Abril	2014	
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED MAGDALENA NUEVA- CHIMBOTE.			
MODALIDAD	Tesis	X	Sustentación temática	
Declaración del Autor La presente Tesis es un Trabajo de Investigación de Grado original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.				
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	941452681			
E-mail	karen.matta.t@upch.pe			

Firma del egresado

DNI 45492056

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS.....	7
2.1	OBJETIVO GENERAL	7
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
III.	HIPÓTESIS	8
3.1	HIPÓTESIS GENERAL:.....	8
3.2	HIPOTESIS ESPECIFICAS	8
IV.	MARCO TEÓRICO	10
4.1	ANTECEDENTES.....	10
4.2	SUSTENTO TEORICO DE LAS VARIABLES.....	15
4.2.1	SOPORTE SOCIAL	15
4.2.1.1	MODELOS TEORICOS DE SOPORTE SOCIAL	16
4.2.1.2	COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL	22
4.2.1.3	TIPOS DE APOYO SOCIAL	23
4.2.1.4	EFFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD	24
4.2.2	AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	27
4.2.2.1	DEFINICIONES DE ESTRÉS	27
4.2.2.2	MODELOS EXPLICATIVOS DEL ESTRÉS	28
4.2.2.3	DEFINICION DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:.....	30
4.2.2.4	EVALUACIÓN COGNITIVA DEL AFRONTAMIENTO	32
4.2.2.5	CLASIFICACIÓN DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	34
4.2.2.6	AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS SEGÚN SEXO.....	37
4.2.2.7	AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS SEGÚN EDAD	38
4.2.3	TUBERCULOSIS	38
4.2.3.1	TIPOS DE TUBERCULOSIS.....	39
4.2.3.2	FACTORES DE RIESGO DE LA TUBERCULOSIS	40
4.2.3.3	SINTOMATOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS.....	41
4.2.3.4	TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS	42
4.2.3.5	REPERCUSIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO	43
4.2.3.6	FACTORES PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS	44

V.	METODOLOGIA	45
5.1	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	45
5.1.1	Tipo de investigación	45
5.1.2	Diseño de la Investigación	45
5.2	POBLACION Y MUESTRA	46
5.2.1	Población.....	46
5.2.2	Muestra	47
5.2.3	Criterios	47
5.2.3.1	Criterios de Inclusión	47
5.2.3.2	Criterios de exclusión	48
5.3	INSTRUMENTOS	48
5.3.1	CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (MOS-A) 48	
5.3.2	CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (COPE).....	52
5.4	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	56
5.5	TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS	59
5.6	CONSIDERACIONES ETICAS	60
VI.	RESULTADOS	62
VII.	DISCUSION	72
VIII.	CONCLUSIONES.....	80
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
X.	ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la relación entre apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva - Chimbote. El tipo de diseño utilizado en el presente trabajo fue el descriptivo correlacional. La muestra fue de 84 pacientes con tuberculosis. Se utilizó el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) y el Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE). Se encontró que predomina el apoyo social percibido en un nivel máximo 51.2% y predomina el estilo de afrontamiento enfocado al problema con un 53.6%, mientras que un 41.7 emplea un estilo enfocado a la emoción y un 4.8% de pacientes utilizan las escalas adicionales. Así mismo se encontró una relación altamente significativa ($X^2 = 53,701$, $df = 4$, $p < 0.001$) con una asociación directa de intensidad moderada ($\text{Lambda} = 0.463$, $p < 0.001$), entre apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis.

Palabras claves: Apoyo social percibido, afrontamiento al estrés y tuberculosis

ABSTRACT

The present investigation aimed to study the relationship between perceived social support and stress coping in patients with tuberculosis from the Micronetwork Magdalena Nueva-Chimbote. The type of design used was descriptive correlational. The sample was 84 patients with tuberculosis. The MOS questionnaire of perceived social support (MOS) and the Questionnaire of ways of coping with stress (COPE) were used. It was found that perceived social support predominates at a maximum level of 51.2% and the problem focused coping style predominates with 53.6%, while 41.7% use an emotion-focused style and 4.8% of patients use the additional scales. Likewise, a highly significant relationship was found ($\chi^2 = 53,701$, $df = 4$, $p = <0.001$) with a direct association of moderate intensity ($\Lambda = 0.463$, $p < 0.001$), between perceived social support and stress coping styles in patients with Tuberculosis.

Keywords: Perceived Social Support, Coping with Stress and Tuberculosis

I. INTRODUCCION

La experiencia de la enfermedad es sin duda un proceso que afecta profundamente a cada individuo, lo que los lleva a enfrentar una realidad previamente desconocida y rechazada, acompañada de numerosos cambios en la vida del paciente que los hace susceptibles a diversos problemas psicológicos junto con las aflicciones de la enfermedad, cuyo impacto se intensifica si una enfermedad contagiosa se controla durante el curso de su enfermedad.

El Ministerio de Salud (2021) indica que la tuberculosis, es causada por el bacilo de Koch, se transmite principalmente a través de partículas suspendidas en el aire y suele comprometer los pulmones como órgano principal, aunque puede extenderse a otras partes del cuerpo.

La tuberculosis plantea un importante desafío de salud pública, con Perú experimentando tasas de mortalidad considerables de esta enfermedad a lo largo de los años, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020). En el año 2020, la tuberculosis ocasionó la muerte de 1,5 millones de personas, incluyendo a unas 214 000 personas que padecían el virus de inmunodeficiencia humana. A nivel global, la tuberculosis se ubica como la decimotercera razón principal de muerte y es la principal causa de fallecimiento por enfermedades infecciosas después de la COVID-19, superando al VIH/sida. Para ese mismo año, se estimó que aproximadamente 10 millones de personas en todo el mundo se vieron afectadas por la tuberculosis: 5,6 millones de hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. La tuberculosis está presente en todas las naciones y afecta a personas de todas las edades.

La tuberculosis representa una situación altamente estresante desde el inicio de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la etapa de recuperación. Quienes la padecen no solo enfrentan síntomas físicos, sino también una carga emocional significativa, que puede incluir sentimientos de tristeza, culpa y pensamientos negativos asociados al estigma de la enfermedad. El tratamiento, aunque fundamental, no siempre garantiza la sensación de una cura completa. Además, a nivel social, los pacientes deben enfrentarse al estigma, lo que puede provocar el querer ocultar la enfermedad, aislamiento y disminución de su red de apoyo social y familiar. Como consecuencia, muchas personas con tuberculosis se retiran de las actividades sociales, presentan mayores niveles de depresión y tienden a abandonar o rechazar el tratamiento. En los casos más graves, incluso pueden desarrollar tuberculosis resistente a los medicamentos.

Las personas con tuberculosis encuentran una amplia gama de problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad ha crecido con el tiempo y está estrechamente asociada con las diversas etapas de la enfermedad y el proceso de tratamiento. Simultáneamente, se ven obligados a sufrir modificaciones inevitables en sus vidas personales, familiares, profesionales y sociales. En este contexto, el apoyo de la familia y su enfoque para el proceso de recuperación es crucial, influyendo significativamente en la progresión y el desarrollo de la enfermedad.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que conlleva un fuerte estigma social, influido por factores culturales y contextuales. Este estigma afecta directamente una de las necesidades humanas fundamentales: el reconocimiento y la aceptación social. En muchos países, la respuesta más común frente a este

estigma es el intento de ocultar la enfermedad, lo que interfiere negativamente tanto en el diagnóstico oportuno, así como en la adherencia al tratamiento.

El apoyo social es un componente fundamental en el proceso de recuperación de los pacientes. Este concepto incluye tanto la composición de las relaciones sociales, como la presencia de amigos, familiares y personas con experiencias similares, así como el nivel de satisfacción que el individuo percibe en dichas relaciones. Cuando este apoyo es valorado positivamente, puede favorecer significativamente el bienestar general, ya que se ha asociado con una menor presencia de síntomas relacionados con problemas de salud y con un mayor nivel de bienestar psicológico. Además, el respaldo social incide de manera directa en la automotivación del paciente para mantener conductas de cuidado y adherirse a los tratamientos, especialmente en contextos de enfermedad o situaciones adversas.

En el año 2020 se realizó un estudio en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo sobre Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis y en los datos recabados se evidencio una relación significativa entre los factores relacionados con el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento; de manera que se concluye que el apoyo familiar está relacionado significativamente con su grado de adherencia al tratamiento (Medisur, 2020).

De acuerdo a lo expuesto se puede evidenciar que el apoyo social que reciben los pacientes que tienen el diagnostico de tuberculosis, indudablemente es un factor importante que los motiva y alienta a iniciar su tratamiento y proporciona la motivación necesaria para lograr su adherencia.

Por otro lado, se considera importante mencionar que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis no solo experimentan síntomas físicos, sino que tienen que afrontar la enfermedad con actitudes y comportamientos positivos que le permitan lograr equilibrar su bienestar emocional y adaptarse a las repercusiones que trae consigo el enfermar tanto a nivel personal, social como laboral.

Valverde, Sauñe y Moreno (2017) señalan que ante la incertidumbre que genera el diagnóstico de una enfermedad, las personas desarrollan estrategias de afrontamiento. Según Lazarus, estas se definen como procesos cognitivos y conductuales en constante evolución, utilizados para hacer frente a demandas externas específicas que son evaluadas como una carga o como excedentes de los recursos del individuo. En este contexto, se puede concluir que los pacientes con tuberculosis adoptan actitudes que pueden generar estrés. Estas actitudes pueden ser positivas, favoreciendo la adherencia al tratamiento, o negativas, lo que dificulta la aplicación del régimen terapéutico adecuado y agrava su estado de salud.

Por lo tanto, los pacientes con tuberculosis necesitan tener métodos de respuesta activa aceptando el diagnóstico y tratamiento con medicamentos apropiados y oportunos, por lo cual deben acudir con frecuencia a las instalaciones médicas y deben seguir las indicaciones del Ministerio de Salud.

Cabe destacar que el tratamiento para esta enfermedad es gratuito, pero es normativa que el paciente vaya por su medicamento todos los días que le corresponda a su centro de salud, de este modo se busca asegurar que el paciente ingiera los medicamentos e incrementar sus posibilidades de vida y mejoras en su salud, lo cual muchas veces altera considerablemente la vida del paciente.

Así mismo no se puede dejar de mencionar que en nuestra localidad así como también a nivel nacional existe una estrategia sanitaria destinada a la prevención y control de la tuberculosis, que busca reducir su incidencia mediante diagnóstico oportuno, tratamiento gratuito y supervisado, además de atención integral que minimice el impacto social y económico.; sin embargo, cabe señalar que a pesar de que la biomedicina cuenta con planes de acción y estrategias bien establecidos para el tratamiento de esta enfermedad altamente contagiosa, vemos otro lado de la realidad que enfrentan los pacientes con tuberculosis que es la falta de atención en el campo de la psicología, porque la mayoría de los establecimientos de salud cuentan con servicios enfocados únicamente en el diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes, dejando de lado la mitigación de las variables psicológicas, las cuales representan barreras importantes para el control de esta enfermedad.

Considerando lo antes mencionado y apreciando la importancia que tiene las variables de soporte social percibido y de afrontamiento al estrés para que el paciente con tuberculosis lleve de manera óptima el tratamiento, se considera necesario plantearnos la interrogante siguiente: ¿Cuál es la relación que existe entre el Apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva - Chimbote , 2024?, con el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote , 2024. Esta investigación se plantea con el objetivo de aportar un análisis significativo sobre el papel que cumple el apoyo social percibido en la capacidad de afrontamiento al estrés en personas diagnosticadas con tuberculosis.

Desde una perspectiva teórica, se busca fortalecer el marco conceptual que relaciona variables psicosociales con procesos de salud-enfermedad, particularmente en condiciones infecciosas de impacto comunitario. Este enfoque permitirá ampliar la comprensión sobre cómo los vínculos sociales influyen en la respuesta emocional y conductual ante el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas transmisibles.

En el plano práctico, los hallazgos permitirán generar insumos útiles para los equipos de salud, especialmente en la planificación de intervenciones que contemplen no solo los aspectos clínicos, sino también las dimensiones emocionales y sociales del paciente. Esto contribuirá a mejorar la adherencia terapéutica, reducir riesgos de abandono del tratamiento y, en consecuencia, disminuir la transmisión de la tuberculosis. Además, la información obtenida podría orientar la implementación de estrategias psicoeducativas enfocadas en fortalecer redes de apoyo en el entorno familiar y comunitario.

Desde el enfoque social, esta investigación representa una oportunidad para visibilizar la importancia del acompañamiento emocional y social en pacientes afectados por esta enfermedad, promoviendo así el desarrollo de entornos solidarios que favorezcan su recuperación. Al mismo tiempo, se espera que los resultados impulsen nuevas líneas de estudio a nivel local y regional, fortaleciendo la producción académica en temas vinculados a la salud mental y apoyo comunitario en contextos vulnerables.

II. OBJETIVOS

Frente a los argumentos mencionados se plantean los siguientes objetivos:

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre apoyo social percibido y afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de apoyo social percibido en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.
- Identificar los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado al problema en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre apoyo social percibido y las escalas adicionales propuestas por Carver en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.

- Determinar la relación entre apoyo emocional y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- Determinar la relación entre apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.

III. HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Hg: Existe relación positiva y significativa entre el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.

3.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS

H1: Existe relación positiva y significativa entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado al problema en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.

- H2: Existe relación negativa y significativa entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- H3: Existe relación negativa y significativa entre el apoyo social percibido y las escalas adicionales propuestas por Carver en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- H4: Existe relación positiva y significativa entre el apoyo emocional y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- H5: Existe relación positiva y significativa entre el apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- H6: Existe relación positiva y significativa entre la interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.
- H7: Existe relación positiva y significativa entre el apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva- Chimbote, 2024.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

Nacionales

Ramírez y Flores (2022) llevaron a cabo un estudio en personas con diagnóstico de VIH atendidas en un centro especializado de Lima Metropolitana, con el propósito de examinar la relación entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés. El diseño de la investigación fue descriptivo, correlacional y de corte transversal, incluyendo a 120 participantes cuyas edades oscilaron entre los 20 y 55 años. Para la recolección de información se aplicaron la escala multidimensional de apoyo social percibido (Zimet et al., 1988) y la versión adaptada al contexto peruano del cuestionario COPE (Carver et al., 1989), con el fin de identificar tanto los niveles de apoyo social como los estilos de afrontamiento más frecuentes. Los resultados mostraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre el apoyo social y el uso de estrategias enfocadas en la resolución de problemas y en formas de afrontamiento adaptativo, tales como la planificación, la búsqueda de apoyo emocional y la reinterpretación positiva. Por el contrario, quienes reportaron menor percepción de apoyo social tendieron a emplear con mayor frecuencia estilos de carácter evitativo, entre ellos la negación, el distanciamiento y estrategias emocionales desadaptativas. Además, se evidenció que el respaldo proveniente de familiares y amigos influía de manera importante en la elección de estrategias de afrontamiento funcionales. Finalmente, se constató que los participantes con redes sociales más sólidas manifestaban niveles más bajos de

ansiedad y depresión, lo que respalda el papel protector del apoyo social frente a los efectos psicológicos del VIH.

Castillo y Mendoza (2021) realizaron un estudio en el Hospital Regional de Arequipa con el propósito de examinar la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas con tuberculosis. La investigación empleó un diseño correlacional de tipo transversal e incluyó a 100 pacientes adultos. Para la medición de las variables se aplicó la escala multidimensional de apoyo social percibido, mientras que la adherencia terapéutica se evaluó a través de registros clínicos y entrevistas estructuradas. Los hallazgos revelaron una asociación positiva y significativa entre el apoyo social y la continuidad en el tratamiento, lo que indica que el respaldo social desempeña un papel determinante en el cumplimiento del régimen médico. Entre las dimensiones evaluadas, el apoyo emocional y el instrumental se destacaron como los más influyentes en la adherencia, mientras que el informativo mostró un efecto moderado. Asimismo, se evidenció que los pacientes con mayores niveles de apoyo social presentaron una disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión, lo que repercutió en una mejor calidad de vida durante el proceso terapéutico. Finalmente, el estudio subrayó que el acompañamiento de familiares y amigos fue un factor esencial para mantener la motivación y la constancia en la administración del tratamiento.

Huamán y Lupaca (2019) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana. La investigación se enmarcó en un diseño descriptivo, correlacional, transversal y de tipo básico no experimental, con participantes cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 70 años. El apoyo social fue evaluado mediante la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet (1988), mientras que el afrontamiento al estrés se midió a través de una adaptación peruana del cuestionario COPE elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989). Los resultados evidenciaron que existía una correlación positiva entre el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento, es decir, a mayor apoyo social, mayor capacidad para manejar el estrés. Asimismo, se halló una relación significativa entre el apoyo de la pareja y los estilos de afrontamiento, así como entre el apoyo de los amigos y las estrategias de manejo del estrés. En contraste, no se identificó una asociación significativa entre las dimensiones del apoyo familiar y los estilos de afrontamiento.

Carlos (2019) desarrolló un estudio con el propósito de determinar la percepción del soporte familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Hospital de Huaycán, Lima. La investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, y contó con una población de 80 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar. La información se recolectó mediante una encuesta y un cuestionario tipo Likert. Los resultados evidenciaron que el 48,7 % de los participantes percibió el soporte familiar como bueno (39 pacientes), el 35 % como regular (28 pacientes) y el 16,3 % como deficiente (13 pacientes). En cuanto a las

dimensiones, el apoyo emocional fue valorado como bueno por el 47,4 %, regular por el 36,3 % y malo por el 16,3 %. En el caso del apoyo instrumental, el 50 % lo calificó como bueno, el 36,3 % como regular y el 13,7 % como malo. Respecto al apoyo afectivo positivo, el 50 % lo consideró bueno, el 35 % regular y el 15 % malo. Finalmente, en la dimensión de interacción social, el 47,5 % lo percibió como bueno, el 36,2 % como regular y el 16,3 % como malo. En conclusión, la mayoría de los pacientes reportó una percepción favorable del soporte familiar en las dimensiones emocional, instrumental, afectiva positiva e interacción social.

Reyes (2019) llevó a cabo una investigación con el objetivo de evaluar los niveles de apoyo social percibido en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en los Centros de Salud Perú III Zona y Perú IV Zona, en Lima. El estudio siguió un diseño descriptivo de tipo transversal y contó con una muestra de 100 pacientes. Para la recolección de información se utilizó el cuestionario Duke-UNC-11, instrumento que mide las dimensiones de apoyo confidencial y afectivo. Los resultados revelaron que el 59 % de los participantes percibía un nivel adecuado de apoyo afectivo, mientras que el 21 % lo consideraba limitado y el 20 % insuficiente. Estos hallazgos indican que, aunque la mayoría dispone de respaldo emocional favorable, una proporción considerable presenta carencias en este aspecto, lo cual podría influir en su capacidad de afrontamiento y en la adherencia al tratamiento. Finalmente, el estudio concluyó que las deficiencias en el apoyo afectivo podrían estar vinculadas a factores sociales, tales como el estigma o la falta de acompañamiento sostenido, lo que reduce su papel protector frente a la enfermedad.

Internacionales

Ahmed et al. (2021) realizaron un estudio para analizar la influencia del apoyo social percibido en las estrategias de afrontamiento al estrés de estudiantes universitarios en Egipto durante la pandemia de COVID-19. La investigación, de tipo cuantitativo y diseño transversal, contó con la participación de 300 estudiantes. Para la recopilación de datos se aplicaron el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (PSSQ) y el Inventario de Afrontamiento para Situaciones Estresantes (CISS). Los resultados mostraron que los estudiantes con mayores niveles de apoyo social tendían a emplear con mayor frecuencia estrategias centradas en la tarea y reducían el uso de mecanismos evitativos o respuestas emocionales desadaptativas. Asimismo, se evidenció que el apoyo emocional se asociaba con un afrontamiento más adaptativo en comparación con otras formas de apoyo. Los autores destacaron la necesidad de implementar intervenciones psicosociales que fortalezcan las redes de apoyo en contextos de crisis. El análisis de mediación reveló que el apoyo social atenuaba los efectos negativos del afrontamiento emocional sobre la ansiedad y funcionaba como un factor protector, reforzando la relación entre el afrontamiento cognitivo-conductual y el bienestar psicológico. En particular, el apoyo proveniente de la familia y de consejeros tuvo un efecto mediador más sólido que el apoyo subjetivo en general.

Tapia (2020) desarrolló un estudio titulado apoyo social y estrategias de afrontamiento ante los riesgos sanitarios del COVID-19 y su relación con variables laborales y sociodemográficas en funcionarios de la sede corporativa del Grupo

Eléctrico Ecuatoriano. El propósito principal fue examinar la relación entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento empleadas frente a los riesgos sanitarios generados por la pandemia, considerando además factores laborales y sociodemográficos. La investigación, realizada entre mayo y noviembre de 2020, utilizó un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra incluyó trabajadores de la matriz de la Corporación Eléctrica del Ecuador en Quito, pertenecientes a áreas administrativas, técnicas, profesionales y de supervisión, con edades entre 25 y 60 años. Para la medición del apoyo social se aplicó una escala validada en el contexto ecuatoriano, mientras que las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante la versión adaptada del instrumento Brief COPE. Los hallazgos indicaron una asociación significativa entre el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento utilizados por los empleados. Además, se identificó que variables como el cargo, el nivel educativo y la edad incidían en la forma de enfrentar el riesgo sanitario. El estudio concluyó resaltando la función del apoyo social como un factor protector y modulador en situaciones de crisis sanitaria, así como su estrecha relación con el afrontamiento adaptativo en el ámbito laboral.

4.2 SUSTENTO TEORICO DE LAS VARIABLES

4.2.1 SOPORTE SOCIAL

Según Gottfried (1983, citado en Baca, 2013), el apoyo social abarca todas las formas de información verbal y no verbal, así como la asistencia concreta o disponible proporcionada o iniciada por otros, lo que influye positivamente en el comportamiento y las emociones del destinatario.

Thoits (1982, citado en Abanto y Sachún, 2016) describe el apoyo social como la medida en que las personas cumplan con sus requisitos sociales fundamentales al involucrarse con los demás. Estas necesidades abarcan pertenencia, identidad, seguridad, aceptación y varias otras.

Asimismo, para Vega y González (2009, citados en Abanto y Sachún, 2016), señalan que el soporte social es un proceso de interacción entre personas o grupos, a través de contactos sistemáticos, estableciendo relaciones amistosas e informativas, recibiendo apoyo material y espiritual para resolver problemas cotidianos en situaciones de crisis.

Fernández y Manrique (2010, citado en Abanto y Sachún, 2016) describen el apoyo social como los recursos o vías de expresión, ya sean reales o asumidas, ofrecidas por comunidades, redes sociales y relaciones cercanas. La referencia a herramientas o ubicaciones expresivas resalta sus aspectos distintivos u operativos. Además, afirma que el apoyo social se describe teóricamente como el intercambio de conexiones positivas, la inclusión social, la atención emocional y la asistencia directa o la ayuda entre dos personas.

4.2.1.1 MODELOS TEORICOS DE SOPORTE SOCIAL

López y Chacón (1999, como se citó en Baca, 2013) indican que, dentro de la clasificación tradicional del apoyo social, se distinguen dos modelos teóricos principales: la teoría de los efectos directos o primarios y la teoría de los efectos protectores o amortiguadores.

A. Teoría de los efectos principales o directos

Se basa en el supuesto de que el apoyo social mejora la felicidad y la salud independientemente del nivel de estrés que experimente el individuo, en este sentido, el apoyo social y la salud estarán linealmente relacionados.

Bajo esta mirada, Thoits (1982, citado en Baca, 2013), tomando como base el interaccionismo simbólico y las ideas de Durkheim, plantea que los efectos inmediatos del apoyo social pueden explicarse mediante tres mecanismos esenciales.

- **Identidad y roles sociales:** las relaciones interpersonales permiten construir la identidad individual y, al mismo tiempo, brindan coherencia y sentido a la forma en que cada persona se percibe a sí misma.
- **Autoestima:** el ejercicio exitoso de los roles sociales conlleva, por lo general, la obtención de evaluaciones favorables por parte de los otros, lo cual incrementa la valoración personal.
- **Percepción de competencia y control:** un desempeño adecuado en los roles sociales favorece la sensación de control personal y la confianza en la propia capacidad de incidir en el medio.

Cohen y Wills (1985, citados en Baca, 2013) sostienen que la integración en redes sociales organizadas favorece la percepción de control, ya que brinda la posibilidad de contar con apoyo cuando se requiera. Esta disponibilidad percibida contribuye a una mejor gestión emocional y psicológica, fortaleciendo la autoestima, promoviendo una regulación más adecuada del ánimo y consolidando el bienestar general. En este sentido, la idea central plantea que disponer de un

entorno social activo y accesible se convierte en un recurso psicológico esencial frente a situaciones de estrés.

Vaux (1988, citado en Baca, 2013) define el apoyo social como un concepto amplio que engloba tres componentes interconectados: los recursos disponibles en la red social, las conductas de ayuda que se manifiestan y la valoración personal que los individuos hacen de dicho apoyo. A partir de esta concepción, se distinguen cinco mecanismos fundamentales que permiten comprender la manera en que el apoyo social incide en el bienestar.

- **Participación social y desarrollo de roles:** formar parte de redes sociales facilita el ejercicio de roles relevantes, lo que impulsa el crecimiento personal, fortalece la autoestima y alimenta el sentimiento de capacidad individual.
- **Sentido de pertenencia e identidad social:** integrarse a grupos o comunidades ayuda a construir identidades sociales (como ser padre, hijo o profesional) y afianza el sentido de pertenencia y reconocimiento dentro del colectivo.
- **Autoevaluación social y autoestima:** mantener relaciones sociales positivas y sentirse valorado por el entorno favorece una autoevaluación constructiva, lo que repercute positivamente en la autoestima y en la percepción de uno mismo.
- **Disfrute y socialización en actividades agradables:** la interacción social abre la puerta a experiencias placenteras y momentos satisfactorios que contribuyen al bienestar emocional y subjetivo.
- **Percepción de control, poder y eficacia:** participar activamente en la vida social y desempeñar roles dentro del entorno fomenta la sensación de competencia personal, eficacia y control sobre la propia vida.

Finalmente, Cohen (1988, citado en Baca, 2013) planteó un modelo que incluye cuatro submodelos orientados a explicar de qué manera la interacción social influye en el bienestar y la satisfacción personal.

- **Submodelos centrados en la identidad y autoestima:** plantean que las interacciones sociales contribuyen a consolidar la identidad individual y colectiva, favorecen la percepción de control sobre el entorno y elevan la autoestima gracias a la pertenencia e integración en redes de apoyo.
- **Modelos de influencia social:** sostienen que quienes participan activamente en redes sociales se encuentran más expuestos a normas y expectativas colectivas, lo que puede incidir en su conducta al estar sujetos a mayor supervisión y regulación.
- **Modelos de acceso a recursos físicos:** señalan que la integración en redes sociales facilita la obtención de recursos materiales y financieros, lo cual ayuda a disminuir la exposición a riesgos y afrontar mejor las dificultades. Wen, Yin y Sun (2020) demostraron que las intervenciones de apoyo social que incluyen componentes materiales como incentivos económicos, transporte o entrega de alimentos se relacionan con mayores tasas de éxito terapéutico y con una reducción en los abandonos del tratamiento en pacientes con tuberculosis resistente.
- **Modelos de integración social:** Sostienen que una conexión sólida con la red social contribuye al bienestar emocional y a una percepción positiva de la vida.

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Se recomienda el apoyo social para minimizar el impacto negativo que pueden tener diversos factores sobre el bienestar individual. Su influencia se vuelve

especialmente relevante en situaciones de alto nivel de estrés, donde actúa como un mecanismo de protección frente a sus posibles consecuencias adversas y crea condiciones favorables para el proceso de adaptación. Según este modelo, el apoyo social funcionará de dos formas:

- Ayudar a redefinir el daño potencial de los factores estresantes y las percepciones de la capacidad de afrontar el estrés para que las personas perciban las situaciones como menos peligrosas.
- Reducir o eliminar las experiencias estresantes antes de que conduzcan a situaciones insalubres o marginadoras.

Desde este enfoque, House (1981, citado en Baca, 2013), planteó la hipótesis de que el apoyo social modera los efectos del estrés de tres formas:

- Las evaluaciones negativas de los sujetos sobre situaciones estresantes (evaluación primaria de factores estresantes) han disminuido.
- Disminución de las respuestas de los sistemas neuroendocrinos.
- Promover la adopción de conductas adaptativas.

Por su parte, Vaux (1988, citado en Baca, 2013), Se han propuesto siete mecanismos para explicar los efectos de interacción del apoyo social:

- Acciones protectoras directas, donde ciertas acciones de apoyo previenen la ocurrencia de ciertos estresores.
- El apoyo social proporciona una evaluación más benigna de los factores estresantes iniciales.

- Apoyo directo a la actividad, recursos disponibles en las relaciones sociales para ayudar a afrontar situaciones estresantes
- Pautas de valoración secundaria, el apoyo social como facilitador más realista de los recursos disponibles para hacer frente a esta situación.
- El propósito de la reevaluación es ver los factores estresantes como menos amenazantes.
- Apoyo emocional paliativo para reducir el impacto del apoyo emocional cuando se pierde.
- El entretenimiento y el apoyo emocional pueden ayudar a las personas a concentrarse en sí mismas y realizar otras actividades beneficiosas.

Para Cohen (1988, citado en Baca, 2013), existen cuatro submodelos que explican los diferentes mecanismos por los cuales el apoyo social puede tener efectos protectores o interactivos:

- Modelos de información en los que las situaciones estresantes a las que se enfrenta una persona pueden desencadenar respuestas en su red social que proporcionan información sobre la naturaleza del factor estresante y las formas adecuadas de afrontar el estrés.
- Modelos de identidad y autoestima, disponibilidad de ayuda de otros y mejores recursos de afrontamiento como resultado de recibir ayuda.
- El modelo de influencia social, que postula que el control social y la presión de los compañeros influyen en la forma en que enfrentamos situaciones problemáticas.

- El modelo de recursos materiales, donde los recursos materiales proporcionados por las redes sociales mitigan el carácter estresante de muchos eventos.

En conjunto, los dos modelos teóricos no son incompatibles, sino complementarios, ya que el apoyo social puede tener efectos directos y amortiguadores. Desde una perspectiva integradora, el apoyo social es visto como un análisis de tres niveles (Gottlieb, 1983; citado en Baca, 2013):

- **Nivel estructural:** hace alusión a la presencia y a las propiedades de las redes sociales, considerando aspectos como el número de vínculos, la variedad de relaciones y la frecuencia con que se mantienen. Este nivel examina la red social en la que se encuentra inserto el individuo.
- **Nivel funcional:** se centra en las funciones o tipos de apoyo que se reciben, como apoyo emocional, instrumental, informativo o evaluativo. Es decir, qué tipo de ayuda concreta aporta la red social.
- **Nivel perceptual o subjetivo:** incluye la percepción que tiene la persona sobre la disponibilidad y calidad del apoyo recibido, es decir, el apoyo social percibido.

4.2.1.2 COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL

Según Sherbourne y Stewart (1991, citados en Londoño et al., 2011), el apoyo social tiene los siguientes componentes:

- Apoyo socioemocional/informativo: comprende orientación y asesoramiento.
- Apoyo instrumental: caracterizado por el apoyo conductual o material.

- Interacción social positiva: caracterizada por la habilidad de hacer cosas divertidas con la gente.
- Apoyo afectivo: Caracterizado por expresiones de amor y afecto.

4.2.1.3 TIPOS DE APOYO SOCIAL

Se distinguen dos tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se estudia (Riquelme, 1997, citado en Baca, 2013):

A. Estructuralmente, se refiere a las características objetivas de las redes sociales de apoyo ya las características de los contactos dentro de ellas. En él podemos señalar (Fernández, 2005; citado en Baca, 2013)

- Tamaño, que es el número de personas que componen una red social, o el número de entidades con las que una persona tiene una conexión personal.
- La densidad, que representa la interrelación de los miembros, no tiene nada que ver con el cuerpo central.
- Las ventajas mutuas son el grado de intercambio justo entre las dos partes para intercambiar recursos de red cuando alcanza el equilibrio o el desequilibrio entre las dos personas.
- Las relaciones relativas se refieren a si la red está compuesta principalmente por parientes, resulta ser un buen ajuste antes de una importante crisis.
- La homogeneidad es la similitud o consistencia entre los miembros de la red en una determinada dimensión: actitud, experiencia, valores, etc.
- Desde una perspectiva funcional, analizando los efectos o consecuencias de los objetos y el mantenimiento de sus relaciones sociales en redes.

(Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981, citados en Baca, 2013). Los tipos de apoyo social reflejados en la mayoría de las clasificaciones son:

- Emocionalmente representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar y estar cerca de alguien.
- El apoyo instrumental, tangible o material se refiere a la capacidad de recibir asistencia directa.
- Informativo, incluye la provisión de consejos u orientaciones que facilitan a la persona enfrentar y resolver problemas. En este proceso, las redes sociales constituyen un referente fundamental para quienes buscan ayuda. Asimismo, Kaplan (1974; citado en Baca, 2013) propone otra clasificación que distingue el apoyo social objetivo, entendido como los recursos, posiciones o interacciones concretas de los que dispone una persona al requerir ayuda, destacando el valor atribuido a dichos recursos en función de la percepción de apoyo disponible.

4.2.1.4 EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD

Cobb (1976, citado en Allardo, Barrón, Sánchez y Arias, 2014) señala que el apoyo social es un proceso de buscar la ayuda de las redes sociales menciona que el apoyo social es un proceso de protección que ayuda a calmar y manejar las consecuencias de cambios importantes en la vida. En particular, la teoría clásica de amortiguamiento sugiere que el apoyo social puede tener un efecto positivo en la salud al permitir que las personas reevalúen el contexto, previniendo comportamientos disfuncionales para lograr el bienestar y alentar a otros a mejorar

su salud. Los niveles más altos de apoyo social se asocian con menos síntomas de mala salud y mejores medidas de bienestar.

Según Gottlob (1983) las personas con bajos niveles de apoyo social (entendidos como poco socializados) son más propensas a experimentar eventos estresantes porque las redes sociales trabajarán para evitarlos o predecirlos.

Se cree que las redes sociales tienen un impacto directo en la salud de (Thoits, 1982; Vaux, 1988).

- Interacciones con los demás: Crear un sentido de identidad social (padres, pareja, profesionales...), pertenencia y participación, así como promover comportamientos saludables y evitar situaciones de estrés. Hacer impresiones agradables y hechos interesantes; dar críticas positivas aumenta la autoestima; y mejorar un sentido de competencia personal y control sobre el medio ambiente. Por lo tanto, la integración social favorece la salud mental y disminuye la vulnerabilidad a la enfermedad, ya sea fortaleciendo las respuestas inmunitarias y neuroendocrinas o promoviendo conductas saludables (Cohen y Wills, 1985).

Para explicar el modo en que la integración social influye en el bienestar, Cohen (1988) plantea cuatro mecanismos operativos: Provisión de información adecuada; acceso a recursos financieros o materiales (como atención, cuidado o servicios); influencia a través de la presión normativa que fomenta conductas apropiadas; y la generación de estados mentales positivos, tales como autoestima, identidad, sensación de control, previsibilidad y competencia personal. En contraste con la hipótesis de los efectos directos, la hipótesis de los efectos amortiguadores sostiene que el apoyo social puede moderar o

contrarrestar los impactos negativos de los eventos estresantes sobre las personas y su comportamiento. Este enfoque subraya la interacción entre apoyo social y experiencias estresantes. Sin embargo, algunos autores cuestionan la existencia de un efecto directo del apoyo social. Vaux (1988), por ejemplo, señala que, en el caso de los estresores cotidianos, que no constituyen situaciones altamente amenazantes, no se observa un efecto amortiguador; este se manifiesta únicamente cuando las condiciones de estrés alcanzan una elevada intensidad.

El apoyo social funcionará mediante dos mecanismos (House, 1981; Vaux, 1988; Cohen y Wills, 1988; López Cabañas y Chacón, 1997):

- Ayudar a redefinir el daño potencial causado por el estrés y reducir las respuestas neuroendocrinas:
 - Reducen la visión negativa de la misma y crean valoraciones primarias más benignas.
 - Realizar una evaluación secundaria y actuar sobre una evaluación más realista de los recursos de afrontamiento.
 - Facilitar la reevaluación de los factores estresantes menos amenazantes y ampliar la estrategia o el conjunto de recursos para hacer frente a los factores estresantes.
 - Facilitar el proceso de respuesta, implementación de estrategias y resolución de problemas.
 - Controlan o influyen mediante de la presión social para lograr formas adecuadas de afrontamiento y respuestas adaptativas.

- Influyen directamente en los problemas y aportan soluciones a través de los recursos (materiales, asistencia, servicios, etc).
- Si los problemas son inevitables, los reducen utilizando apoyo emocional, estrategias de distracción o empresas sociales que facilitan el ajuste.

4.2.2 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

4.2.2.1 DEFINICIONES DE ESTRÉS

Valdés y Flores (1990, citados en Jaureguizar y Espina, 2005) lo describen como un estado negativo caracterizado por una activación autonómica y neuroendocrina que refleja una falla en la adaptación, acompañada de sentimientos de impotencia y debilitamiento del sistema inmune y conductual.

En la misma línea, Selye (1936, citado en Jaureguizar y Espina, 2005) definió al estrés como un síndrome o un conjunto de reacciones fisiológicas no específicas de un organismo a diversas sustancias nocivas físicas o químicas en el medio ambiente.

Por su parte, Acosta (2006) el estrés es la respuesta del cuerpo a las condiciones externas que alteran el equilibrio emocional de una persona. El efecto fisiológico de este proceso es el deseo de salir de una situación provocativa o de afrontarla con rudeza. Casi todos los órganos y funciones del cuerpo están involucrados en esta respuesta, incluidos el cerebro, los nervios, el corazón, el flujo sanguíneo, nivel hormonal, función muscular y digestión.

4.2.2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL ESTRÉS

A. Teoría del estrés como respuesta: Hans Selye (1936; citado en Brea, 2009)

explicó que la respuesta al estrés involucra principalmente dos sistemas fisiológicos: el eje neuroendocrino, conformado por el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales, y el eje neurovegetativo, correspondiente al sistema nervioso autónomo. Señaló que, cuando esta activación se prolonga, se produce lo que denominó síndrome general de adaptación (SGA), un proceso que refleja la permanencia de la reacción frente al estrés y que se manifiesta en tres etapas sucesivas claramente diferenciadas.

- a. **Fase de Alarma**, cuando el cuerpo detecta un elemento, lo identifica como dañino y crea una respuesta de alarma inicial, manifestando varios síntomas y movilizand o defensas para combatir la amenaza potencial. Fue una recuperación que no duró mucho.
- b. **Fase de Resistencia**, dado que la primera fase no se puede sostener a largo plazo, crea una fase donde el organismo busca adaptarse a las sustancias nocivas (también conocidas como estresores) y desaparecen los primeros síntomas. Aquí, se incrementa el estado de alerta y se mejoran los reflejos corporales.
- c. **Fase de agotamiento**, si el factor estresante continúa, el organismo entra en una fase en la que reaparecen los síntomas y el proceso de recuperación colapsa, pudiendo llegar incluso a la muerte.

B. Teoría basada en el estímulo: Everly (1978, citado en Guerrero, 1996) define los estresores como psicosociales y biológicos. Los primeros son estímulos ambientales externos y dependerán de la interpretación cognitiva} del sujeto

para traducirlos en estrés. Los estresores biológicos son aquellos que causan cambios bioquímicos o eléctricos en el cuerpo. Muchos estimulantes del consumo sociocultural, como el café, el tabaco, y factores ambientales como el ruido y otras formas de contaminación o condiciones ambientales físicas pueden ser consideradas tales sustancias. En este modelo centrado en el estímulo, el estrés es externo al individuo y el efecto que crea se denomina tensión. Una de las debilidades de este concepto es la naturaleza subjetiva de asignar significados que se pueden asignar a los estímulos. Lo que puede ser una amenaza para algunas personas puede no ser una amenaza para otras.

- C. **Teoría transaccional:** Lazarus y Folkman (1984) creen que los seres humanos y el medio ambiente mantienen una relación dinámica, recíproca. El estrés se conceptualiza como una relación entre las personas y su entorno que excede sus recursos y amenaza su bienestar. Un enfoque relacional del estrés considera el equilibrio de poder entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos de un individuo para hacerles frente. Se centran principalmente en los procesos cognitivos que se desarrollan en situaciones estresantes. Para estos autores, las experiencias estresantes son el resultado de transacciones humano-ambientales. Estas transacciones dependen del impacto del factor estresante ambiental, que está influenciado, en primer lugar, por las valoraciones del individuo sobre el factor estresante y en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación estresante.

4.2.2.3 DEFINICION DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

Lazarus y Folkman (1986) en concreto, la definen como esfuerzos cognitivos y conductuales variables, destinados a atender necesidades externas y/o internas específicas que se valoran como excedentes o desbordamientos de los recursos individuales. El afrontamiento está, por tanto, estrechamente relacionado con las valoraciones previas del sujeto. Mencionaron que el afrontamiento es un proceso en constante cambio en el que las personas se enfrentan a diversas demandas internas y externas de su entorno y deben desarrollar estrategias para solucionar sus problemas. Desarrollan la teoría del afrontamiento, destacando que el apoyo social puede actuar como un amortiguador del estrés y facilitar estrategias de afrontamiento más efectivas, lo cual facilitaría el afrontamiento centrado en la solución de problemas mejorando la adaptación y reduciendo el estrés.

Por su parte Everly (1989, citado en Albíncula y Ortiz, 2006), define el afrontamiento como esfuerzos para reducir los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales. El autor señala que, ante situaciones estresantes, las personas tienden a reaccionar de diversas formas psicológicas y/o conductuales con el fin de reducir su impacto.

Para Olson y McCubbin (1989, citados en Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005) sugieren que el afrontamiento es un proceso iniciado por el sujeto en respuesta a una situación estresante; si un individuo resuelve con éxito la situación problema existente, la realización de este proceso no siempre garantiza el

éxito y repetirá la misma acción en una situación similar; de lo contrario, buscará otros recursos.

Moliner (1998, citado en Jaureguizar y Espina, 2005) señala que el término afrontamiento corresponde a la traducción al español del concepto inglés “coping”, el cual hace referencia al proceso mediante el cual las personas enfrentan, manejan o regulan situaciones que generan estrés. En la literatura científica, este término se emplea con frecuencia para describir un conjunto de estrategias, respuestas o conductas, tanto cognitivas como conductuales, orientadas a disminuir, controlar o mitigar el impacto negativo, amenazante o aversivo de dichas situaciones estresantes. Además, el afrontamiento implica no solo una reacción inmediata, sino también la capacidad de adaptación continua ante las demandas del entorno que resultan desafiantes para el individuo.

Por último, Casullo y Fernández (2001; citados en Albíncula y Ortiz, 2006) consideran que las habilidades de afrontamiento pueden entenderse como un conjunto integrado de respuestas que incluyen pensamientos, emociones y acciones que la persona pone en práctica para hacer frente a una situación problemática. Estas habilidades tienen como objetivo principal encontrar soluciones o manejar de manera eficaz las demandas del entorno, al mismo tiempo que buscan disminuir o regular el nivel de estrés que dicha situación genera. En este sentido, el afrontamiento no se limita únicamente a reaccionar ante el problema, sino que implica un proceso activo y dinámico en el que el individuo evalúa la situación,

selecciona estrategias adecuadas y las ajusta conforme evoluciona el desafío al que se enfrenta.

4.2.2.4 EVALUACIÓN COGNITIVA DEL AFRONTAMIENTO

A. Evaluación Primaria

Según Lazarus y Folkman (1986), la valoración primaria implica el patrón de respuesta inicial en el que las personas analizan y evalúan situaciones relacionadas con su bienestar. Con base en esto, considere los siguientes métodos de evaluación:

- **Situación inapropiada:** Tiene poco impacto en su vida personal. a él no le importa
- **Situación positiva:** sin reacción de estrés. Los sujetos evaluaron la situación como positiva, lo que facilitó el logro de las metas.
- **Situación estresante:** Debes movilizar recursos para afrontarla o perderás el equilibrio y el bienestar. Esto no es negativo en sí mismo, pero se necesita un poco de esfuerzo para adaptarse. Esta situación estresante puede incluir:
 - Una pérdida de elementos (anticiparse a posibles daños o peligros antes de que puedan ocurrir).
 - Pérdida o daño (considerando daño a la autoestima, salud, familia, relaciones sociales, etc.
 - Desafíos (evaluación necesaria, a pesar de las dificultades, es posible obtener ganancias, lograr objetivos, para que pueda hacer frente satisfactoriamente a los recursos estresantes si moviliza los factores necesarios).

La evaluación principal está en la ponderación que el sujeto determina entre lo que cree que está en juego en la situación y el significado (valor) que le asigna y lo que puede ganar o perder en la situación.

B. Evaluación Secundaria

En él, los sujetos calificaron sus recursos y su capacidad para hacer frente a los factores estresantes. Según su análisis, las situaciones percibidas principalmente como amenazantes se perciben como más peligrosas cuando el sujeto percibe que no tiene recursos, y las situaciones se perciben como más amenazantes cuando el sujeto percibe que tiene recursos.

Entonces, la evaluación secundaria es el ajuste principal, es la evaluación principal, está tratando de determinar qué acción tomar dado el factor estresante actual. La interacción entre las dos valoraciones cognitivas realizadas determina en última instancia el nivel, la intensidad y la calidad de las respuestas emocionales que darán los sujetos. Es por ello que la premisa de este llamado modelo cognitivo es que el estrés no depende únicamente de la naturaleza del estímulo ambiental o de las características específicas de la persona que lo enfrenta, sino que es una interacción entre estímulos y lo que tales estímulos imponen al individuo.

También sugieren que las personas no perciben un tipo de afrontamiento como más apropiado que otro. La funcionalidad estará determinada por el tipo de situación en la que se utilice. Los estilos centrados en el problema son más funcionales cuando se pueden cambiar, mientras que los estilos centrados en la emoción tienen funciones adaptativas importantes cuando no se pueden cambiar. (Lazarus y Folkman ,1986).

4.2.2.5 CLASIFICACIÓN DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1986, citados en Solís y Vidal, 2006) plantean dos estilos de afrontamiento: el modo centrado en el problema y el centrado en la emoción. Por su parte, Carver, Scheier y Weintraub (1989, citados en Solís y Vidal, 2006) amplían el panorama presentado quince estrategias las cuales fueron agrupadas de la siguiente manera:

A. Modo de Afrontamiento Enfocado en el Problema: La función principal de este afrontamiento es cambiar la situación o evento estresante, afectando negativamente las condiciones ambientales del sujeto.

Según Lazarus y Folkman, el afrontamiento orientado a problemas incluye una serie de estrategias que intentan cambiar el factor estresante mediante el análisis, procesamiento y definición de situaciones, considerando ventajas y desventajas para encontrar alternativas a la propia situación. También incluye estrategias que inciden en el entorno y en el propio sujeto.

- **Afrontamiento activo:** Se refiere a la puesta en práctica de conductas orientadas a manejar o reducir directamente la influencia de los estresores. Consiste en adoptar estrategias proactivas como la organización de acciones, la toma de decisiones, la definición de prioridades y la utilización de recursos de apoyo, tanto instrumentales como informativos, con el fin de encontrar soluciones efectivas.
- **Planificación de actividades:** Este es un proceso que implica pensar en cómo lidiar con los factores estresantes, organizar y planificar estrategias de acción y elegir y determinar la mejor estrategia para resolver problemas.

- **Supresión de actividades competentes:** Se entiende como la decisión deliberada de aplazar, disminuir o evitar actividades secundarias o distractoras, con el propósito de dirigir la atención y los recursos personales hacia el afrontamiento del estresor principal. Esta forma de afrontamiento supone una autorregulación conductual que favorece la concentración en la solución del problema o en la adaptación a la situación generadora de estrés.
- **Postergación de afrontamiento:** Se conceptualiza como la habilidad de postergar de manera consciente la reacción frente a un estresor, aguardando el instante más adecuado para actuar. Esta táctica posibilita prevenir respuestas apresuradas o ineficaces, fundamentándose en la valoración de que una intervención inmediata podría resultar poco útil o contraproducente. Constituye una estrategia de autorregulación que requiere autocontrol, regulación emocional y un análisis cuidadoso de la situación antes de tomar decisiones.
- **Búsqueda de Apoyo Social por motivos instrumentales:** Esto significa buscar consejo, ayuda e información u orientación de otros para resolver problemas.

B. Modo de Afrontamiento Enfocado en la Emoción:

Este estilo de afrontamiento funciona para regular los aspectos emocionales de situaciones o eventos estresantes. Consiste en procesos cognitivos que se encargan de reducir el grado de perturbación emocional que provocan las situaciones estresantes. Las personas lo usan cuando sienten que un factor estresante no se puede cambiar y tienen que lidiar con él. La finalidad del objeto es mantener la esperanza y el optimismo, negar los hechos y sus consecuencias, evitar la necesidad de asumir lo peor, actuar como si no les importara lo que está pasando,

etc. Lazarus y Folkman (1986, citados en Lara, 2007) describen este modo de afrontamiento.

- **Buscar apoyo social por motivos emocionales:** Implica buscar apoyo moral, empatía y comprensión de los demás para reducir las reacciones emocionales negativas.
- **Reinterpretación positiva de la experiencia:** La forma en que el individuo evalúa positivamente el problema y lo acepta como una ventaja para superación personal.
- **Aceptación:** Esta estrategia implica reconocer y asumir conscientemente la existencia de una situación estresante. Consta de dos fases complementarias dentro del proceso de afrontamiento:
 - Durante la evaluación primaria, el individuo reconoce que la situación es real y está ocurriendo, lo cual es fundamental para iniciar cualquier proceso de respuesta adaptativa.
 - En la evaluación secundaria, se da una aceptación más profunda, en la que la persona comprende que la situación no puede cambiarse o modificarse a corto plazo, y por lo tanto, decide adaptarse emocional y cognitivamente a esa realidad.
- **Acudir a la Religión:** En situaciones estresantes, las personas tienden a recurrir a la religión para aliviar la tensión existente.
- **Enfocar y Liberar Emociones:** Ocurre cuando una persona se enfoca en las consecuencias emocionales desagradables y expresa estos sentimientos públicamente.

C. Estilos adicionales de Afrontamiento:

- **Negación:** Definida como la negativa a creer que el factor estresante existe o funciona y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existiese.
- **Mala conducta o mala atribución de la conducta:** Esto implica una reducción en el esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor, el individuo se da por vencido sin intentar lograr la meta a través de la intervención del estresor.

Distracción o desconexión mental: Ocurre cuando un individuo permite que una serie de actividades lo distraigan de evaluar los aspectos conductuales del problema o las metas de intervención del estresor.

4.2.2.6 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS SEGÚN SEXO

Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdés (2003) sugieren que las mujeres son más propensas a usar un estilo centrado en las emociones, más propensas a usar el apoyo social por razones emocionales y específicas, y más propensas a ser religiosas.

Las diferencias encontradas son propias del uso de un estilo emocionalmente orientado e indican que las mujeres pueden estar más inclinadas a explorar y expresar aspectos emocionales y ser más sensibles a su entorno, mientras que los hombres son más emocionalmente orientados. analizar y resolver situaciones; Sin embargo, advierten que los hallazgos de la investigación sugieren que las mujeres pueden adoptar diferentes enfoques para la resolución de problemas, ya que buscar el apoyo de los demás no significa necesariamente ser pasiva frente a los requisitos y, en este caso no implica necesariamente un enfoque

menos proactivo de factores estresantes como la escuela y el futuro, pero sí indica que las mujeres exhiben niveles más altos de estrés que los hombres en la escala de crianza de los hijos, relaciones románticas y amigos.

4.2.2.7 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS SEGÚN EDAD

Es más probable que una persona afronte el estrés satisfactoriamente cuando tiene cada vez más estrategias de afrontamiento de calidad, y esta habilidad se adquiere a través del desarrollo personal, así como a través de la experiencia y la formación para afrontar el estrés. Esto significa que el tiempo y la edad son variables importantes en este proceso de aprendizaje, es decir, cuanto más joven es la persona, menor es la capacidad de afrontamiento, y cuanto mayor es la persona, mayor es la capacidad de afrontamiento del estrés. Baum y Singer (1982, citados en López, Pastor y Rodríguez, 1993) señalan esta relación.

4.2.3 TUBERCULOSIS

Nardell E. Tuberculosis (2022) define a la tuberculosis como una infección crónica progresiva por micobacterias, a menudo con un período latente asintomático después de la infección inicial. La tuberculosis afecta con mayor frecuencia a los pulmones. Los síntomas incluyen tos, fiebre, pérdida de peso y malestar general. El diagnóstico se realiza con mayor frecuencia mediante frotis de esputo y cultivo, cuando esté disponible, con pruebas de amplificación de ácidos nucleicos. El tratamiento estándar de la tuberculosis consiste en un esquema

combinado de antibióticos administrados durante un periodo mínimo de seis meses, como establece la Organización Mundial de la Salud

4.2.3.1 TIPOS DE TUBERCULOSIS

Centros para el Control y prevención de Enfermedades (2016) los clasifica de la siguiente manera:

- **Tuberculosis latente:** Significa que la bacteria de la TB está presente en el cuerpo, pero no causa síntomas ni es contagiosa.
- **Tuberculosis activa:** Implica que la bacteria está causando síntomas y puede transmitirse a otras personas.

La tuberculosis activa también se puede clasificar según la ubicación de la infección:

- **Tuberculosis pulmonar:** La infección se encuentra en los pulmones.
- **Tuberculosis extrapulmonar:** La infección afecta otras partes del cuerpo, como los huesos, los riñones, el cerebro, etc.

Además, la tuberculosis puede clasificarse según la resistencia a los medicamentos:

- **Tuberculosis sensible a los medicamentos:** La tuberculosis es la forma más frecuente de la enfermedad y su tratamiento suele prolongarse alrededor de seis meses. Sin embargo, los pacientes con TB sensible pueden evolucionar hacia una tuberculosis resistente a fármacos cuando no cumplen adecuadamente la prescripción médica o reciben esquemas terapéuticos inadecuados. En el caso de la TB multidrogorresistente (MDR-TB), existe además el riesgo de que los afectados transmitan cepas resistentes a otras personas.

- **Tuberculosis resistente a medicamentos:**

- **Tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés):** La TBC multirresistente es causado por bacterias de la TB que son resistentes al menos a la rifampicina e isoniazida, los dos medicamentos antituberculosos más potentes. Estos medicamentos se usan para tratar a todos los pacientes con tuberculosis.
- **Tuberculosis extremadamente resistente (XDR TB, por sus siglas en inglés):** La tuberculosis extremadamente resistente (XDR-TB) constituye una variante poco frecuente de la tuberculosis multirresistente, caracterizada por resistencia a isoniazida, rifampicina, todas las fluoroquinolonas y al menos uno de los fármacos inyectables de segunda línea (como amikacina, kanamicina o capreomicina). Dada su resistencia frente a los medicamentos antituberculosos más eficaces, las alternativas terapéuticas disponibles para estos pacientes resultan limitadas y menos efectivas. Esta forma de tuberculosis representa un riesgo particular en personas con VIH u otras condiciones que comprometen el sistema inmunitario, ya que aumenta la probabilidad de complicaciones graves y mortalidad.

4.2.3.2 FACTORES DE RIESGO DE LA TUBERCULOSIS

Según la OMS (2020) la tuberculosis afecta principalmente a los adultos en sus mejores años. Pero personas de todas las edades están en riesgo. Más del 95% de los casos y muertes ocurren en países en vías de desarrollo.

Las personas con VIH tienen 18 veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad de la tuberculosis activa. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en personas con otras enfermedades que comprometen el sistema inmunológico. El riesgo es tres veces mayor en aquellos que están desnutridos. En 2020, se notificaron 1,9 millones de nuevos casos de TBC relacionados con la desnutrición en todo el mundo.

El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo aumentan el riesgo de tuberculosis en 3,3 y 1,6 veces, respectivamente. En 2020, 740.000 nuevos casos de tuberculosis en todo el mundo se atribuyeron al consumo excesivo de alcohol y 730.000 al tabaquismo.

4.2.3.3 SINTOMATOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS

La Revista de Salud y Bienestar (2017) señala que, con frecuencia, la tuberculosis en sus fases iniciales no presenta síntomas evidentes. En estas circunstancias, el diagnóstico suele producirse de manera incidental durante la evaluación médica por otras patologías, cuando se detecta la presencia de la bacteria. En estadios más avanzados, la enfermedad manifiesta síntomas inespecíficos, es decir, compartidos con múltiples afecciones. Entre los más habituales se encuentran:

- Tos: Esta es la más importante. No solo porque es una enfermedad pulmonar, sino también porque es el mecanismo de infección más común. Es común en muchas enfermedades y pasa desapercibido en muchos casos. Por lo tanto, si la tos persiste por más de dos semanas, asegúrese de consultar a su médico.

- Expectoración: Mucosidad, a veces con sangre.
- Fiebre leve: Sólo unas décimas de fiebre, generalmente al final del día.
- Pérdida de apetito y pérdida de peso: También común en muchas enfermedades.
- Sudoración por la noche.
- Dolor torácico: presión por infección pulmonar.
- Fatiga extrema y fatiga por el ejercicio: La función pulmonar puede verse afectada, lo que dificulta que el oxígeno llegue a los pulmones y de allí al resto del cuerpo.

Cuando las bacterias comienzan a multiplicarse en los pulmones, invaden los tejidos. En las etapas más graves de la enfermedad, aparecen pequeños orificios en los pulmones que permiten que las bacterias se propaguen.

4.2.3.4 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

De acuerdo con Mayo Clinic (2022), la elección de los medicamentos y la duración del tratamiento de la tuberculosis dependen de factores como la edad del paciente, el estado de salud general, la localización de la infección y la posible resistencia a fármacos. El manejo terapéutico debe ser altamente especializado, ya que no cualquier antibiótico resulta eficaz contra el bacilo de Koch. Usualmente, el esquema incluye una fase inicial de dos meses con la combinación de rifampicina, isoniacida y pirazinamida, seguida de una fase de continuación de cuatro meses con isoniacida y rifampicina. No obstante, en ciertos casos el tratamiento puede prolongarse y requerir la incorporación de otros medicamentos.

Si se tiene TBC resistente a los medicamentos, generalmente se administra una combinación de antibióticos llamados fluoroquinolonas y una inyección como amikacina, kanamicina o capreomicina durante 20 a 30 meses. Algunos tipos de tuberculosis también pueden desarrollar resistencia a estos medicamentos.

Se están probando varios medicamentos nuevos junto con terapias combinadas modernas para tratar la resistencia, que incluyen:

- Bedaquilina (Sirturo)
- Linezolid (Zyvox)

4.2.3.5 REPERCUSIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL MUNDO

Según la OMS (2020), la tuberculosis ocurre en todo el mundo. En 2020, los nuevos casos de TB se notificaron en la región de Asia Sudoriental de la OMS (43 % de los casos nuevos), seguida de la región de África de la OMS (25 % de los casos nuevos) y la región del Pacífico Occidental de la OMS (18 %) casos nuevos.

En 2020, el 86 % de casos nuevos de TB ocurrieron en los 30 países con la mayor carga de TBC. Ocho países representan dos tercios del total: Filipinas, India, Nigeria, China, Nigeria, Sudáfrica, Indonesia, Nigeria, Pakistán, Bangladesh y Nigeria.

4.2.3.6 FACTORES PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Según OMS (2000, citado en Peña, 2007), la tuberculosis trastorna a los pacientes con la progresión prolongada de los síntomas y la necesidad de reposo involuntario (semanal, mensual), lo que limita su vida, desalienta, afecta los proyectos de vida personal, a su familia, su salud y su economía. Además, los pacientes con tuberculosis experimentan depresión, ansiedad, tristeza y culpa, ansiedad e ira (Gutiérrez, 1966). Del mismo modo, la depresión puede afectar a los pacientes con tuberculosis, causando un inmenso malestar psicológico al paciente, la familia y el entorno (OMS, 2000).

Peña (2007) menciona que el trastorno afectivo provoca cambios en los estados afectivos, cognitivos, motivacional. Por otro lado, el estigma social asociado a la tuberculosis agudiza el problema, dado que el estigma es una etiqueta o signo negativo que se utiliza para desaprobar, ofender o avergonzar a una persona, agravando su sufrimiento. De igual forma, los familiares y amigos del paciente muestran actitudes sociales (una forma de comunicar y entender la realidad de la tuberculosis a partir de su propio conocimiento, cultura o prejuicios) de forma negativa, carga de censura, provocando reacciones emocionales en los pacientes, tales como: culpa, aislamiento social, sentirse no amado o aceptado. La deja en un estado de tristeza, impotencia, soledad, pues sabe muy bien que la comunidad lo señala e incluso piensa que debe cuidarse de no contagiar a familiares.

V. METODOLOGIA

5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

5.1.1 Tipo de investigación

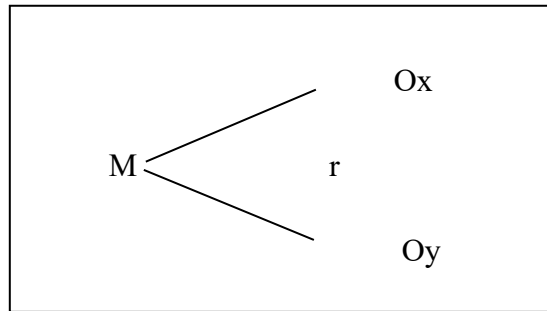
La presente investigación es de tipo cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos con el objetivo de examinar objetivamente la relación entre las variables de estudio. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), la investigación cuantitativa se caracteriza por utilizar la medición numérica y el análisis estadístico para probar hipótesis y establecer patrones de comportamiento.

Asimismo, se clasifica como una investigación descriptiva, porque busca especificar las propiedades, características y perfiles importantes de los fenómenos analizados (apoyo social percibido y afrontamiento al estrés), sin manipular las variables, sino describiéndolas tal como se presentan en la población estudiada (Sampieri, Collado & Lucio, 2014).

5.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño es descriptivo correlacional, ya que tiene como finalidad no solo describir las variables mencionadas, sino también analizar el grado de asociación entre ellas. El diseño correlacional permite determinar el grado de relación existente entre dos o más variables en una población determinada, sin establecer causalidad. (Hernández, Fernández y Baptista, 2004).

Además, se ha tomado en cuenta el siguiente diagrama:



Dónde:

M: Muestra de pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva-Chimbote, 2024.

Ox: Apoyo social percibido

Oy : Afrontamiento al estrés.

r : Relación

5.2 POBLACION Y MUESTRA

5.2.1 Población

La población total estuvo conformada por un número mayor de pacientes diagnosticados con tuberculosis que recibieron tratamiento integral en los establecimientos de salud de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote durante el año 2024. Sin embargo, para garantizar la pertinencia y calidad de los datos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, de modo que solo fueron considerados para el estudio aquellos pacientes que cumplieran con los criterios establecidos: diagnóstico confirmado, tratamiento activo, historia clínica completa y disponibilidad durante el periodo de recolección de datos.

De esta forma, la población elegible quedó conformada por 105 pacientes que cumplieran con los criterios antes mencionados y constituyeron la base para el cálculo de la muestra.

5.2.2 Muestra

En investigaciones con poblaciones pequeñas, accesibles y delimitadas, se recomienda trabajar con lo que metodológicamente se denomina muestra cautiva o muerta (Chávez, 2008). Este concepto se aplica cuando la totalidad de la población puede ser considerada dentro del estudio, ya que no es posible ni necesario calcular un tamaño muestral a partir de fórmulas estadísticas propias de poblaciones más amplias.

En este caso, los 105 pacientes diagnosticados con tuberculosis en la Microred Magdalena Nueva constituyeron una muestra cautiva, por lo que se tomó como referencia la totalidad de la población elegible. No obstante, debido a factores propios del contexto clínico, tales como el abandono del tratamiento y la negativa voluntaria a participar en la investigación, no se logró la inclusión de todos ellos.

La muestra definitiva quedó conformada por 84 pacientes, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, lo que permitió garantizar la representatividad de los participantes y la validez de los resultados obtenidos.

5.2.3 Criterios

5.2.3.1 Criterios de Inclusión

- Usuarios con diagnósticos de tuberculosis que reciben tratamiento en la Microred Magdalena Nueva- Chimbote y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación, firmando el consentimiento informado.

- Usuarios con el anterior criterio cuya edad oscila entre los 18 y 45 años de edad.
- Usuarios con los anteriores criterios y que sepan leer y escribir.
- Población accesible y delimitada considerada como muestra cautiva (totalidad de los pacientes elegibles dentro del periodo de estudio).

5.2.3.2 Criterios de exclusión

- Usuarios con el diagnóstico de tuberculosis que no cumplieron con su tratamiento médico en el periodo de estudio.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Usuarios participantes que respondieron de manera incompleta por lo menos algunas de las dos escalas.

5.3 INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizaron dos cuestionarios, con preguntas estructuradas y opciones diseñadas para proporcionar datos específicos sobre las variables estudiadas.

5.3.1 CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (MOS-A)

El cuestionario MOS de apoyo social percibido fue creado por Sherbourne y Stewart (1991) como parte del estudio "Medical Outcomes Study", con el objetivo de medir de forma práctica y confiable el nivel de apoyo social funcional percibido por individuos con enfermedades crónicas. Su desarrollo se basa en una concepción

multidimensional del apoyo social. El cuestionario MOS se fundamenta en la teoría del apoyo social percibido, entendida como la percepción que tiene un individuo sobre la disponibilidad y calidad del apoyo que recibe de su entorno social. A diferencia del apoyo social recibido objetivamente, el enfoque del MOS se centra en la percepción subjetiva, considerando que esta es un predictor más sólido del bienestar psicológico y físico (Sherbourne & Stewart, 1991).

El modelo teórico que sustenta el cuestionario MOS parte de la premisa de que el apoyo social actúa como un amortiguador del estrés, tal como lo plantean Cohen y Wills (1985), en el sentido de que reduce el impacto negativo de los eventos estresantes en la salud mental y física. Esta perspectiva también se relaciona con los aportes de Lazarus y Folkman (1986), quienes incluyen el apoyo social como un recurso clave dentro de su modelo de afrontamiento del estrés.

La escala comprende 20 ítems, tipo Likert distribuidos en cuatro áreas, fue Adaptada al español por Rodríguez y Enrique (2007), el tipo de aplicación es individual o colectiva, se aplica desde los 18 años a más y se da una calificación de 1 a 5 puntos por cada respuesta. Se calcula un puntaje total de apoyo social percibido y puntajes por cada dimensión. Los puntajes más altos indican mayor percepción de apoyo social. Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 05 a 10 minutos. El ítem primero evalúa el apoyo estructural (referido a características cuantitativas u objetivas de una red de apoyo social como densidad y tamaño), realizado con la familia o tipo de relación, y evalúa el número de personas que apoyan al encuestado. Las 19 categorías restantes evalúan el apoyo funcional percibido (los efectos o consecuencias que proporciona una entidad para acceder y mantener las relaciones sociales que tiene dentro de su red).

Áreas de Evaluación: Esta prueba, investiga 4 dimensiones de Apoyo:

- Apoyo Emocional / Informacional: Muestre empatía y comprensión, así como sugerencias, consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

- Apoyo Instrumental: La provisión de ayuda material que la persona recibe.

Preguntas: 2- 5-12-15

- La interacción social positiva: La presencia de personas con las que pasar el rato, jugar o distraerte.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

- Apoyo Afectivo: Expresiones de afecto y amor.

Preguntas: 6 – 10 – 20

Adaptación y validez en población hispanohablante:

El cuestionario ha sido validado en diferentes países de habla hispana, incluyendo Perú, mostrando adecuadas propiedades psicométricas, con altos niveles de confiabilidad (α de Cronbach > 0.90) y consistencia interna.

Confiabilidad:

- En el estudio original: Alfa de Cronbach global: 0.97
- En adaptaciones en población hispanohablante: entre 0.89 y 0.94 (según muestra)

Para la presente investigación se hallaron las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de apoyo social (MOS-A) para medir la variable apoyo social

percibido, para lo cual se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de 50 pacientes diagnosticados con tuberculosis, pertenecientes a la Red Integrada de Salud Pacífico Norte. Esta red, ubicada en la ciudad de Chimbote y tiene su sede administrativa en dicha ciudad. Gestiona y supervisa los servicios de salud en la provincia del Santa, en el departamento de Áncash. La Red Integrada de Salud Pacífico Norte está conformada por seis microredes: Magdalena Nueva, El Progreso, Miraflores, Santa, Pallasca y Cabana. Los establecimientos de salud y postas médicas que la integran comparten características sociodemográficas y clínicas similares a las de la población objetivo del estudio principal. Cabe destacar que los participantes del estudio piloto no formaron parte de la muestra definitiva, por lo cual no participaron los pacientes de la Microred Magdalena Nueva, a fin de evitar sesgos en los resultados. Esta etapa preliminar permitió analizar la validez y confiabilidad del instrumento, asegurando su adecuación para su aplicación en la investigación principal.

Confiabilidad

Se evaluó la confiabilidad del Cuestionario MOS de apoyo social (MOS-A) mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. A nivel de escala general, se obtuvo un valor de $\alpha = .981$, lo que indica una consistencia interna excelente. En cuanto a las dimensiones específicas, se encontraron valores elevados en apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y diversión, y apoyo afectivo, todos superiores al punto de corte de .70, considerado aceptable para instrumentos de evaluación psicológica. Estos resultados evidencian que el instrumento posee una alta fiabilidad para su aplicación en la población estudiada (ver Anexo D).

Validez

Para el presente estudio, se evaluó la validez del instrumento mediante el método de correlación ítems-test. Los cálculos mostraron correlaciones significativas, tomando como criterio un nivel de significancia de $p < .05$. En consecuencia, se concluye que los análisis realizados identificaron correlaciones significativas entre los ítems, lo que confirma la validez del Cuestionario MOS de apoyo social (MOS-A). (ver Anexo D).

5.3.2 CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (COPE)

El Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE). Forma disposicional fue creado por Carver, Scherier y Weintraub en el año 1989 en Estados Unidos, basado en la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). Esta teoría conceptualiza el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar las demandas internas y externas que son evaluadas como estresantes o que exceden sus recursos, así mismo también tiene base del modelo de autorregulación conductual de Bandura, explica cómo la autoeficacia y la capacidad para regular el propio comportamiento y emociones afectan la selección y efectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Evalúa lo que persona hace usualmente hace en situaciones estresantes, está conformado por 52 ítems, con formato tipo Likert distribuidos en tres áreas: enfocado en el Problema, en la emoción y otros estilos adicionales propuestas por Carver. Fue adaptado por Casuso (1996; en Chau en 1998 en población universitaria en Lima) y traducida al español por Salazar C. Víctor (1993) UPCH, su aplicación

puede ser individual o colectiva desde los 16 años a más. Se califica de 1 a 4 puntos por cada respuesta. Se calcula la puntuación de cada subescala sumando los ítems correspondientes, que reflejan la frecuencia de uso de cada estrategia de afrontamiento. Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 a 20 minutos. El instrumento evalúa distintas estrategias o modos de afrontamiento, entendidas como patrones relativamente estables que las personas emplean para enfrentar situaciones estresantes.

Estas estrategias son:

Estilo 1: Estilo de afrontamiento enfocado en el problema

Afrontamiento Activo: 1, 14, 27 y 40.

Planificación: 2, 15, 28 y 41.

Supresión de actividades competentes: 3, 16, 29 y 42.

Postergación de Afrontamiento: 4, 17, 30 y 43.

Búsqueda de Apoyo social por motivos instrumentales: 5, 18, 31 y 44.

Estilo 2: Estilo de afrontamiento enfocado en la emoción

Búsqueda de apoyo social por motivos emocionales: 6, 19, 32 y 45.

Reinterpretación positiva y crecimiento: 7, 20, 33 y 46.

Aceptación: 8, 21, 34 y 47.

Negación 11, 24, 37 y 50.

Acudir a la Religión: 9, 22, 35 y 48.

Estilo 3: Escala adicionales propuestas de Carver

Enfocar y Liberar Emociones: 10, 23, 36 y 49.

Desentendimiento Conductual: 12, 25, 38 y 51.

Desentendimiento Mental: 13, 26, 39, y 52.

Validez y confiabilidad: En el Perú el COPE fue interpretado y validado por Salazar y Sánchez (1992) realizan pruebas de test e ítems para las que primero aplican un método conocido como criterios de evaluación. La herramienta se aplicó a 82 alumnos de ambos sexos que estudian en una universidad pública y privada en Lima. Los datos resultantes se analizaron estadísticamente, determinaron la validez de la prueba del ítem y se concluyó que los ítems eran adecuados para medir la estructura que se suponía que debía medir cada escala. La consistencia interna de COPE: la escala de ubicación determinó utilizando el coeficiente de confianza alfa de Cronbach. Asimismo, en 2007 en la ciudad de Trujillo, para la comprobación psicométricas someten a la validez y confiabilidad teniendo como muestra mujeres y hombres entre 100 adultos mayores de 60 a 75, el cual obtiene una confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de 0.88 teniendo una escala de estilos de afrontamiento y entre 0.61 y 0.77 en sus valores.

Para la presente investigación se hallaron las propiedades psicométricas del Cuestionario de modos de Afrontamiento al Estrés (COPE), diseñado para medir las estrategias de afrontamiento en los pacientes, para lo cual se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de 50 pacientes diagnosticados con tuberculosis, pertenecientes a la Red Integrada de Salud Pacífico Norte. Esta red, ubicada en la ciudad de Chimbote y tiene su sede administrativa en dicha ciudad. Gestiona y supervisa los servicios de salud en la provincia del Santa, en el departamento de Áncash. La Red Integrada de Salud Pacífico Norte está conformada por seis microrredes: Magdalena Nueva, El Progreso, Miraflores, Santa, Pallasca y Cabana. Los establecimientos de salud y postas médicas que la integran comparten

características sociodemográficas y clínicas similares a las de la población objetivo del estudio principal. Cabe destacar que los participantes del estudio piloto no formaron parte de la muestra definitiva, por lo cual no participaron los pacientes de la Microred Magdalena Nueva, a fin de evitar sesgos en los resultados. Esta etapa preliminar permitió analizar la validez y confiabilidad del instrumento, asegurando su adecuación para su aplicación en la investigación principal.

Confiabilidad

Se evaluó la confiabilidad del Cuestionario de afrontamiento al estrés (COPE) de Carver mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. A nivel general, el instrumento obtuvo un valor de $\alpha = .901$, lo que indica una alta fiabilidad. Asimismo, las dimensiones afrontamiento enfocado en el problema, afrontamiento enfocado en la emoción y tres escalas adicionales presentaron coeficientes Alfa superiores al punto de corte de .70, valor considerado adecuado para instrumentos psicológicos. Estos resultados confirman la consistencia interna del cuestionario para su aplicación en la población estudiada (ver Anexo E).

Validez:

Para el presente estudio, se evaluó la validez del Cuestionario de afrontamiento al estrés (COPE) mediante el método de correlación ítems-test. Los cálculos realizados mostraron que, tomando como criterio de aceptación correlaciones significativas con $p < .05$, la mayoría de los ítems presentaron correlaciones significativas. Sin embargo, los ítems números 9, 16, 19, 24, 29, 32, 40, 41 y 42 no mostraron correlaciones significativas, aunque fueron conservados

para mantener la estructura original del instrumento. En consecuencia, se concluye que los resultados confirman la validez del cuestionario COPE en la población estudiada (ver Anexo E).

5.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la realización del presente estudio, se consideró como primer paso la revisión de los instrumentos psicológicos, con el fin de asegurar que ambos midieran adecuadamente las variables objeto de investigación. En ese sentido, se evaluaron el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS-SSS) y el Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE), ambos ampliamente utilizados en el ámbito clínico y comunitario.

Posteriormente, se gestionó la documentación necesaria para obtener los permisos y autorizaciones correspondientes por parte de los responsables de la institución participante.

Dicha documentación incluyó el propósito del estudio, los procedimientos a realizarse y las implicancias de la participación, además del consentimiento informado, garantizando la transparencia del proceso y el respeto por los derechos de los participantes.

Como parte del proceso de aseguramiento de la validez de los instrumentos, se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de 50 pacientes diagnosticados con tuberculosis, pertenecientes a la Red Integrada de Salud Pacífico Norte, ubicada en la ciudad de Chimbote, departamento de Áncash. Esta red supervisa los servicios de salud en la provincia del Santa y está conformada por seis microrredes: Magdalena Nueva, El Progreso, Miraflores, Santa, Pallasca y Cabana, cuyos

establecimientos de salud y postas médicas comparten características sociodemográficas y clínicas similares a las de la población objetivo del estudio principal.

Esta etapa preliminar permitió evaluar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos, determinando su validez y confiabilidad, y asegurando su adecuación para su aplicación en la investigación desarrollada.

Posteriormente, y con los instrumentos ya validados, se identificó a la población participante. Los pacientes con diagnóstico de tuberculosis fueron localizados a través de los registros médicos de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote. Se coordinó con el personal de salud responsable del programa de control de tuberculosis, quienes colaboraron en la convocatoria inicial de los posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio mediante una carta personalizada entregada por el personal de salud. Esta carta contenía información sobre el propósito del estudio, los beneficios de participar y los detalles del proceso de investigación. Aquellos pacientes que manifestaron su interés en participar fueron convocados a una reunión informativa, donde se revisó el consentimiento informado, se resolvieron dudas y se recalcó el carácter voluntario y confidencial del estudio.

Para la selección de los participantes, se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple. A partir de la población que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, Posteriormente, mediante un generador de números aleatorios se seleccionaron 84 participantes que conformaron la muestra definitiva del estudio.

Este procedimiento permitió que todos los pacientes tuvieran la misma probabilidad de ser incluidos, garantizando la representatividad y validez de los resultados.

Una vez obtenido los consentimientos firmados, se procedió a la aplicación de los instrumentos. Se utilizó el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS-A), compuesto por 20 ítems en formato Likert, cuya aplicación tuvo una duración aproximada de 5 a 10 minutos. También se aplicó el Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE), versión de 52 ítems, con un tiempo estimado de 15 a 20 minutos.

La aplicación de ambos cuestionarios se realizó de forma individual y presencial, en espacios privados dentro del establecimiento de salud, para resguardar la confidencialidad y comodidad de los participantes. La investigadora brindó las instrucciones necesarias antes del llenado de los instrumentos, los cuales se aplicaron de forma consecutiva, respetando el ritmo de cada paciente.

Una vez concluida la recolección de datos, se revisaron todos los cuestionarios aplicados para verificar su correcto llenado. Posteriormente, se realizó el vaciado de datos en una base diseñada en Microsoft Excel, y se llevó a cabo el análisis estadístico correspondiente mediante el uso del software IBM SPSS Statistics. Esta etapa permitió evaluar las hipótesis planteadas y establecer las relaciones entre las variables estudiadas.

Finalmente, con la información procesada, se elaboró el informe de tesis. Se solicitó autorización a la escuela profesional correspondiente para que el estudio fuera evaluado por los jurados designados, a fin de continuar con el proceso de defensa del trabajo de investigación.

5.5 TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos recolectados se emplearon técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales, utilizando exclusivamente tablas para la presentación de resultados. Primero, se realizó un análisis de normalidad de las variables principales mediante las pruebas de Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con el fin de determinar el tipo de análisis estadístico más adecuado.

Los resultados indicaron que la variable Apoyo social percibido no seguía una distribución normal ($p < 0.05$), mientras que la variable Afrontamiento al estrés sí cumplía con el supuesto de normalidad ($p > 0.05$). Ante la falta de normalidad en una variable, se optó por aplicar pruebas estadísticas no paramétricas para garantizar la validez de los resultados.

Para evaluar la asociación y relación entre las variables del estudio, se utilizó la Prueba de chi-cuadrado, con la que se determinó la significancia estadística de las relaciones entre categorías de apoyo social (emocional, instrumental, afectivo, interacción social positiva) y estilos de afrontamiento al estrés. El Coeficiente Lambda para medir la fuerza e intensidad de la asociación entre variables categóricas y la correlación de Spearman (ρ) para evaluar la relación entre variables ordinales o continuas que no cumplían la normalidad, estableciendo la dirección y magnitud de dichas relaciones.

El procesamiento estadístico se realizó utilizando el software SPSS, y se estableció un nivel de significancia del 5 % ($p < 0.05$) para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas. Los resultados se presentan en tablas detalladas que resumen

las frecuencias, medias, desviaciones estándar y valores de pruebas estadísticas, facilitando la interpretación y comprensión de la información.

5.6 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación fue sometido a revisión y aprobación por un comité de ética en investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, este comité evaluó el protocolo del estudio para asegurar el cumplimiento de todas las normas éticas y salvaguardas necesarias.

En primer lugar, en cuanto al principio ético de autonomía, los pacientes fueron invitados a participar del estudio mediante una invitación personalizada, entregada por el personal de salud encargado. Dicha carta explicaba el propósito del estudio, los beneficios potenciales de participar y los detalles del proceso de investigación. Los pacientes que manifestaron interés fueron citados para una reunión inicial, en la cual se les proporcionó información detallada sobre el estudio. Durante esta sesión, se revisó el consentimiento informado y se resolvieron las dudas o inquietudes de los participantes. Se explicó de manera clara y sencilla el propósito, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios del estudio, aclarando que, aunque no se anticipaban riesgos significativos, se habían implementado medidas para garantizar la seguridad y bienestar de los participantes.

Se informó sobre un plan de contención para apoyar a cualquier participante que experimentara malestar físico o emocional durante el estudio, que incluía: apoyo y orientación, acceso a atención médica inmediata y equipos de

primeros auxilios, contención emocional y la disponibilidad de líneas telefónicas de apoyo para casos de estrés o ansiedad.

Respecto al principio de confidencialidad, se garantizó que toda la información personal y médica sería tratada con estricta confidencialidad, anonimizada para impedir la identificación de los participantes en los resultados. Los pacientes firmaron el consentimiento informado, indicando su comprensión y aceptación voluntaria de participar en el estudio.

Con relación a los principios de beneficencia y no maleficencia, se comunicó a los participantes que no recibirían beneficios económicos, pero que los resultados contribuirían a mejorar la atención de futuros pacientes con tuberculosis en Microred Magdalena Nueva. Además, se entregó a cada participante un tríptico informativo sobre los estilos de afrontamiento al estrés, que incluía explicaciones sobre el estrés, sus síntomas y la importancia del apoyo social en la salud mental, junto con información sobre acompañamiento psicológico gratuito. Se tomaron todas las precauciones para minimizar riesgos o molestias durante la participación.

Finalmente, en cumplimiento del principio de justicia, se garantizó que todos los pacientes con tuberculosis que cumplieron con los criterios de inclusión tuvieron igualdad de oportunidad para participar, sin discriminación alguna por género, etnia, nivel socioeconómico u otros factores no relacionados con la investigación.

VI. RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados en relación al objetivo general y específicos del estudio.

En la Tabla 7 se presenta el valor de la prueba chi cuadrado calculada para una tabla cuadrada, la cual analiza la relación entre el apoyo social percibido (mínimo, medio, máximo) y los estilos de afrontamiento al estrés (enfocado al problema, enfocado a la emoción y escalas adicionales propuestas por Carver) en pacientes con tuberculosis. Los resultados muestran que existe una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 53.701$, $gl = 4$, $p < 0.001$), con una asociación directa de intensidad moderada ($\text{Lambda} = 0.463$, $p < 0.001$). En consecuencia, se acepta la hipótesis general: existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024.

Tabla 7

Relación entre apoyo social percibido y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	53,701	4	<.001
N de casos válidos	84		
Medidas simétricas	Valor	Sig.	
Lambda	0,463	<.001	

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 8 se muestra el análisis sobre los niveles de apoyo social percibido en los pacientes con tuberculosis. Se evidencia que un porcentaje significativo del 51.2% de los pacientes con tuberculosis se caracteriza por presentar un nivel máximo de apoyo social alto, mientras que menos de la mitad (48,9%) presentan un nivel entre mínimo y medio de apoyo social percibido.

Tabla 8

Niveles de apoyo social percibido en los pacientes con tuberculosis

Variable	Nivel	Nº	%
Apoyo social Percibido	Mínimo	15	17.9
	Medio	26	31.0
	Máximo	43	51.2
	Total	84	100.0

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 9 se muestra el análisis sobre los estilos de afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis. Se evidencia que predomina el estilo enfocado al problema con un 53.6% (45), el 41.7% (35) pertenece al estilo enfocado a la emoción y el 4.8% (4) desarrolla el estilo enfocado a las escalas adicionales propuestas por Carver.

Tabla 9*Estilos de afrontamiento al estrés de pacientes con tuberculosis*

Estilos de afrontamiento	N°	%
Enfocado al problema	45	53.6
Enfocada a la emoción	35	41.7
Escalas adicionales propuestas por Carver	4	4.8
Total	84	100

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 10 se presentan los resultados del análisis de correlación de Spearman entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado al problema en pacientes con tuberculosis. Se obtuvo un coeficiente $\rho = 0.505$ con un nivel de significancia $p < .001$, lo que indica una correlación moderada, directa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados permiten concluir que, a mayor nivel de apoyo social percibido, mayor es la tendencia a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado al problema en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024.

Tabla 10

Correlación entre apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado al problema de los pacientes con tuberculosis

	Estilo enfocado al problema	
	Rho	P
Apoyo social percibido	0,505	<,001

En la Tabla 11 se presentan los resultados del análisis de correlación de Spearman entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con tuberculosis. Se obtuvo un coeficiente $\rho = -0.406$ con un nivel de significancia $p < .001$, lo que indica una correlación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados permiten concluir que, a mayor nivel de apoyo social percibido, menor es la tendencia a utilizar un estilo de afrontamiento enfocado a la emoción en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024.

Tabla 11

Correlación entre apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado a la emoción de los pacientes con Tuberculosis

	Estilo enfocado a la emoción	
	Rho	P
Apoyo social percibido	-0,406	<,001

En la Tabla 12 se presentan los resultados del análisis de correlación de Spearman entre el apoyo social percibido y las escalas adicionales propuestas por Carver en pacientes con tuberculosis. Se obtuvo un coeficiente $\rho = -0.417$ con un nivel de significancia $p < .001$, lo que indica una correlación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre ambas variables. Estos resultados permiten concluir que, a mayor nivel de apoyo social percibido, menor es el uso de las escalas adicionales propuestas por Carver en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024.

Tabla 12

Correlación entre Apoyo social percibido y las escalas adicionales propuestas por Carver en los pacientes con Tuberculosis

	Escalas adicionales	
	Rho	P
Apoyo social percibido	-0,417	<,001

En la Tabla 13 se presenta el valor de la prueba chi cuadrado para una tabla cuadrada que analiza la relación entre el apoyo emocional (mínimo, medio, máximo) y el afrontamiento al estrés (enfocado al problema, enfocado a la emoción y escalas adicionales propuestas por Carver) en pacientes con tuberculosis. Los resultados muestran una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 40.087$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa de intensidad moderada ($\text{Lambda} = 0.513$, $p < .001$). Se concluye que el apoyo emocional está significativamente asociado de manera positiva con los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024.

Tabla 13

Correlación entre apoyo emocional y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	40,087	4	<.001
N de casos válidos	84		
Medidas simétricas		Valor	Sig.
Lambda		0,513	<.001

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 14 se presenta el valor de la prueba chi cuadrado para una tabla cuadrada que analiza la relación entre el apoyo instrumental (mínimo, medio, máximo) y el afrontamiento al estrés (enfocado al problema, enfocado a la emoción y escalas adicionales propuestas por Carver) en pacientes con tuberculosis. Los resultados muestran una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 43.882$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa de intensidad moderada (Lambda = 0.402, $p < .001$). Por lo tanto, los resultados indican que existe una relación significativa entre el apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024, cumpliendo con el objetivo de determinar la relación entre estas variables.

Tabla 14

Correlación entre apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	43,882	4	<.001
N de casos válidos	84		
Medidas simétricas	Valor	Sig.	
Lambda	0,402	<.001	

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 15 se presenta el valor de la prueba chi cuadrado para una tabla cuadrada que analiza la relación entre la interacción social positiva (mínimo, medio, máximo) y el afrontamiento al estrés (enfocado al problema, enfocado a la emoción y escalas adicionales propuestas por Carver) en pacientes con tuberculosis. Los resultados muestran una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 43.882$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa de intensidad moderada (Lambda = 0.402, $p < .001$). Por lo tanto, se concluye que existe una relación significativa entre la interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024, cumpliendo con el objetivo de determinar esta relación.

Tabla 15

Correlación entre interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	43,882	4	<.001
N de casos válidos	84		
Medidas simétricas		Valor	Sig.
Lambda		0,402	<.001

Nota. Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 16 se presenta el valor de la prueba chi cuadrado para una tabla cuadrada que analiza la relación entre el apoyo afectivo (mínimo, medio, máximo) y el afrontamiento al estrés (enfocado al problema, enfocado a la emoción y escalas adicionales propuestas por Carver) en pacientes con tuberculosis. Los resultados muestran una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 42.436$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa de intensidad baja (Lambda = 0.368, $p < .001$). Por lo tanto, se concluye que existe una relación significativa entre el apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, 2024, cumpliendo con el objetivo de determinar esta relación.

Tabla 16

Correlación entre apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	42,436	4	<.001
N de casos válidos	84		
Medidas simétricas	Valor	Sig.	
Lambda	0,368	<.001	

Nota. Fuente: Elaboración propia

VII. DISCUSION

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública significativo, con implicancias médicas, psicológicas y sociales complejas. Estudios resaltan que el apoyo social constituye un recurso clave para adaptarse a esta enfermedad y promover salud mental y adherencia al tratamiento (OMS, 2021).

Conforme con el objetivo general el estudio confirmó que existe correlación moderada, directa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el afrontamiento al estrés, lo que respalda la hipótesis inicial. Los pacientes que reportaron un mayor nivel de apoyo social mostraron mayor capacidad para utilizar estrategias activas y adaptativas, en concordancia con lo planteado por Lazarus y Folkman (1986), quienes señalan que el afrontamiento es un proceso dinámico influido por los recursos disponibles. De manera similar, MEDISUR (2020) evidenció que el soporte familiar es determinante en la forma en que los pacientes enfrentan la enfermedad, mientras que la OMS (2020) advierte que la falta de apoyo social percibido incrementa el aislamiento y la carga emocional negativa. Estos hallazgos confirman que el apoyo social constituye un recurso protector fundamental frente al estrés generado por el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Con relación con los niveles de apoyo social percibido en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote (2024), se identificó que el 51.2 % reporta un nivel máximo de percepción de apoyo social, el 31 % un nivel medio y el 17.8 % un nivel bajo. Estos hallazgos se respaldan en lo planteado por

Cobb (1976, citado en Gallardo, Barrón, Sánchez y Arias, 2014), quien describe el apoyo social como un mecanismo protector que contribuye a afrontar y manejar las consecuencias de cambios significativos en la vida. Desde la perspectiva de la teoría del amortiguamiento, este recurso favorece la salud al permitir la reevaluación del contexto, previniendo conductas disfuncionales y promoviendo el bienestar, además de incentivar a otros a mejorar su propia salud. En este sentido, los niveles elevados de apoyo social se asocian con menor presencia de síntomas negativos y mayores indicadores de bienestar. Por lo tanto, los pacientes que reciben tratamiento en Microred Magdalena Nueva presentan, en su mayoría, una percepción máxima de apoyo social, lo cual se interpreta como un factor que favorece la adherencia terapéutica y actúa como predictor de recuperación, al promover conductas funcionales como la participación activa en el programa de prevención y control de la tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote.

De acuerdo con los análisis descriptivos realizados, en los pacientes con tuberculosis se evidenció un predominio del afrontamiento centrado en el problema (53.6 %; n = 45), seguido por el afrontamiento enfocado en la emoción (41.7 %; n = 35) y, en menor medida, por las estrategias adicionales planteadas por Carver (4.8 %; n = 4). Estos hallazgos se relacionan directamente con lo planteado por Valverde, Sauñe y Moreno (2017), quienes sostienen, en concordancia con Lazarus, que el afrontamiento constituye un proceso cognitivo y conductual en constante transformación, orientado a manejar demandas externas que son percibidas como excesivas o que superan los recursos personales. En este sentido, los resultados

permiten considerar que los pacientes de la Microred Magdalena Nueva han desarrollado actitudes positivas frente a su enfermedad, lo cual ha favorecido su adherencia terapéutica y la adopción de estrategias adaptativas, tales como la aceptación del diagnóstico y la continuidad en el tratamiento farmacológico bajo las fases estandarizadas establecidas por el Ministerio de Salud, orientadas a lograr su recuperación.

Los hallazgos de la presente investigación evidencian una correlación moderada, directa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el afrontamiento centrado en el problema en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva - Chimbote. El coeficiente de Spearman ($\rho = 0.505$, $p < 0.001$) indica que, a mayor percepción de apoyo social, los pacientes muestran una mayor tendencia a emplear estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, lo que confirma la influencia positiva del soporte social en la forma de enfrentar la enfermedad. Estos resultados guardan concordancia con lo señalado por Huamán y Lupaca (2019), quienes, en un estudio realizado con pacientes hospitalizados en un servicio de oncología en Lima Metropolitana, concluyeron que un mayor apoyo social percibido se relaciona con un afrontamiento más adaptativo frente al estrés. En línea con ello, los pacientes con tuberculosis incluidos en este estudio parecen recurrir a estrategias de afrontamiento más funcionales que contribuyen a una mejor adaptación y compromiso con su proceso de recuperación, en consecuencia, desde la práctica clínica se resalta la necesidad de fortalecer las redes de apoyo social como un recurso complementario al tratamiento médico, a fin de fomentar estilos

de afrontamiento adaptativos y favorecer tanto la adherencia terapéutica como el bienestar psicológico de las personas con tuberculosis.

En el presente estudio se identificó una correlación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el afrontamiento centrado en la emoción ($\rho = -0.406$, $p < 0.001$) en pacientes con tuberculosis atendidos en la Microred Magdalena. Este resultado indica que, a mayor percepción de apoyo social, menor es la tendencia de los pacientes a recurrir a estrategias enfocadas en la emoción. Desde una perspectiva psicológica, este hallazgo sugiere que el soporte social ofrece a los pacientes recursos externos que facilitan un afrontamiento más activo y orientado a la resolución de problemas, reduciendo la necesidad de centrarse en la regulación emocional negativa. Estos resultados se relacionan con el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), quienes plantean que el apoyo social funciona como un amortiguador del estrés, promoviendo respuestas más adaptativas frente a situaciones adversas. En la misma línea, Ahmed et al. (2021) evidenciaron en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19 que un mayor apoyo social estaba vinculado con un menor uso de estrategias emocionales desadaptativas, favoreciendo el afrontamiento centrado en la tarea. De manera similar, Ramírez y Flores (2022) encontraron en pacientes con VIH que aquellos con redes de apoyo sólidas recurrían con menor frecuencia a estrategias evitativas o emocionales, y con mayor frecuencia a estilos de afrontamiento positivos. En conjunto, estas evidencias respaldan lo encontrado en el presente estudio: los pacientes con mayor percepción de apoyo social son menos propensos a depender de estrategias centradas en la emoción y, en cambio,

muestran una mayor predisposición a emplear respuestas de afrontamiento más adaptativas y funcionales, en este sentido, este hallazgo resalta la necesidad de fortalecer las intervenciones psicosociales en programas de atención a pacientes con tuberculosis. Estrategias como la promoción de grupos de apoyo, la participación activa de familiares y el acompañamiento emocional por parte de profesionales de salud podrían reducir el afrontamiento centrado en la emoción y fomentar la adopción de estilos de afrontamiento más efectivos, lo que favorecería tanto la adherencia terapéutica como la calidad de vida de los pacientes.

En lo que respecta al análisis de la relación entre el apoyo social percibido y las escalas adicionales de Carver en los pacientes con tuberculosis de la Microrred Magdalena Nueva – Chimbote, el análisis realizado en esta investigación permitió establecer una correlación moderada, inversa y significativa ($\rho = -0.417$, $p < 0.001$) Esta relación negativa evidencia que quienes cuentan con mayores niveles de apoyo social recurren con menor frecuencia a estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la negación, la mala conducta o la desconexión mental, y en su lugar emplean con mayor frecuencia estrategias funcionales orientadas a la solución de problemas. Este patrón coincide con lo reportado en investigaciones previas, donde se resalta que el apoyo social no solo representa un recurso emocional y práctico, sino que además fortalece la sensación de control y promueve una mejor adaptación frente a situaciones estresantes. En el caso particular de la tuberculosis, enfermedad asociada al estigma y al aislamiento social, el apoyo social percibido cobra especial relevancia, ya que reduce el impacto emocional del diagnóstico y del tratamiento, favoreciendo un afrontamiento más

activo y constructivo. En esta línea, Barra (2004, citado en García, Manquían y Rivas, 2016) sostiene que la presencia de apoyo social favorece conductas adaptativas y el bienestar, contrarrestando los efectos negativos del estrés, mientras que su ausencia incrementa la vulnerabilidad del individuo. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, los pacientes atendidos en el Programa de tratamiento contra la tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva cuentan con redes de apoyo significativas, siendo que el 51.2 % reportó un nivel máximo de apoyo social, lo cual constituye un elemento clave para su adherencia terapéutica y recuperación.

En cuanto a la relación entre el apoyo emocional y el afrontamiento al estrés, el análisis evidenció una relación altamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 40.087$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa de intensidad moderada ($\text{Lambda} = 0.513$, $p < .001$). Estos hallazgos sugieren que un mayor nivel de apoyo emocional favorece la adopción de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo que a su vez contribuye a una mejor adherencia al tratamiento. Esto significa que, a mayor percepción de apoyo emocional, los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote tienden a emplear con mayor frecuencia estrategias funcionales orientadas a la solución de problemas, lo cual contribuye a una mejor adaptación al proceso de enfermedad. Este hallazgo se relaciona con el estudio de Castillo y Mendoza (2021) en pacientes con tuberculosis en Arequipa, resaltan que el apoyo emocional y el instrumental son los factores de mayor impacto en la adherencia terapéutica, mejorando el bienestar psicológico y disminuyendo síntomas de ansiedad y depresión. Por su parte, Ramírez y Flores (2022), en pacientes con VIH, concluyen que quienes reciben mayor respaldo

emocional presentan una tendencia significativa hacia estrategias adaptativas como la planificación y la reinterpretación positiva. En el contexto de la tuberculosis, enfermedad marcada por el estigma social y el riesgo de aislamiento, el apoyo emocional cobra especial relevancia, ya que permite atenuar la carga afectiva del diagnóstico y tratamiento, favoreciendo la motivación para continuar con las fases terapéuticas establecidas por el Ministerio de Salud. En consecuencia, contar con una red sólida de apoyo, ya sea familiar, comunitaria o institucional, no solo fortalece la adherencia al tratamiento, sino que también promueve una mayor calidad de vida y mejores desenlaces clínicos.

En relación con la asociación entre el apoyo instrumental y los estilos de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis atendidos en la Microred Magdalena Nueva – Chimbote durante el 2024, los resultados revelaron una relación altamente significativa ($\chi^2 = 43.882$, $gl = 4$, $p < .001$), con una asociación directa y de intensidad moderada ($\Lambda = 0.402$, $p < .001$). Este hallazgo indica que los pacientes que perciben un mayor nivel de apoyo instrumental tienden a emplear con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en el problema, consideradas más efectivas para enfrentar situaciones de estrés. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Wen, Yin y Sun (2020), en un metaanálisis titulado Impactos del apoyo social en los resultados del tratamiento de la tuberculosis resistente a los medicamentos: una revisión sistemática y metaanálisis, evidenciaron que las intervenciones de apoyo social que incorporaban componentes materiales, tuvieron un impacto significativo en los resultados clínicos. En particular, estas estrategias duplicaron las probabilidades de éxito terapéutico y

redujeron de manera notable las tasas de abandono del tratamiento, lo cual significaría que los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva perciben una buena ayuda práctica familiar e institucional, lo que les permite mantener el tratamiento sin interrumpirlo.

Al examinar la relación entre la interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva – Chimbote, se identificó una relación altamente significativa con una asociación directa y de intensidad moderada ($\chi^2 = 43.882$, $gl = 4$, $p < .001$; Lambda = 0.402, $p < .001$). Este resultado indica que aquellos pacientes que mantienen vínculos sociales sólidos y relaciones interpersonales de apoyo muestran mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas, consideradas más eficaces para manejar situaciones de alta demanda emocional y crónica. De acuerdo con el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), las interacciones sociales positivas funcionan como un recurso de protección, ya que aportan contención emocional, motivación y sentido de autoeficacia, reduciendo el impacto negativo de la enfermedad. Además, permiten contrarrestar sentimientos de aislamiento y estigma, frecuentes en personas con tuberculosis, favoreciendo al mismo tiempo la adherencia y el compromiso con el tratamiento. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos, como el de Castillo y Mendoza (2021) en Arequipa, quienes identificaron que el apoyo social y emocional constituye un elemento determinante en la adherencia terapéutica de pacientes con tuberculosis. Asimismo, Ramírez y Flores (2022), en pacientes con VIH, hallaron que la interacción social positiva potencia el uso de estrategias

adaptativas, como la planificación y la reinterpretación positiva, lo cual demuestra su valor como factor protector en enfermedades crónicas. En este sentido, la interacción social positiva se consolida como un componente esencial del apoyo social percibido, ya que no solo fortalece los recursos emocionales de los pacientes, sino que también impulsa el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas.

Finalmente, en cuanto al análisis de la relación entre el apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva - Chimbote, se identificó una asociación estadísticamente significativa, aunque de intensidad baja ($\chi^2 = 42.436$, $gl = 4$, $p < .001$; $\Lambda = 0.368$, $p < .001$). Este hallazgo indica que los pacientes que perciben un mayor nivel de apoyo afectivo tienden a recurrir con más frecuencia a estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo que sugiere que el acompañamiento cercano y las expresiones de cuidado y cariño actúan como un factor que fortalece la capacidad de respuesta frente al estrés generado por la enfermedad.

VIII. CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que existe una relación altamente significativa con una asociación directa de intensidad moderada entre el apoyo social percibido y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la de la Microred Magdalena Nueva.
- Se concluye que predomina el apoyo social percibido en un nivel máximo.

- Se concluye que el estilo de afrontamiento enfocado al problema constituye la estrategia predominante en los pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva, seguido del afrontamiento centrado en la emoción.
- Se logra evidenciar que existe correlación moderada, directa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado al problema en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.
- Se determino que existe una correlación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el estilo de afrontamiento enfocado a la emoción en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.
- Se concluye que existe correlación moderada, inversa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y las escalas adicionales propuestas por Carver en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.
- Se evidencia que existe una relación altamente significativa con una asociación directa de intensidad moderada entre el apoyo emocional y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.
- Se determino que existe una relación altamente significativa con una asociación directa de intensidad moderada entre el apoyo instrumental y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.
- En la presente investigación se determino que existe una relación altamente significativa con una asociación directa de intensidad moderada entre interacción social positiva y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva.

- Finalmente se encontró que existe una relación altamente significativa con una asociación directa de intensidad baja entre el apoyo afectivo y el afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de la Microrred Magdalena Nueva.

IX. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados y conclusiones alcanzados en el presente estudio, se recomienda lo siguiente:

- Incorporar la atención psicológica para todos los pacientes con tuberculosis que son atendidos en la Microred Magdalena Nueva, oficializando esta intervención en el Manual de Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud.
- Proporcionar los resultados obtenidos en la investigación a los responsables del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred Magdalena Nueva, con el objetivo de informar acerca de la relevancia de la salud mental en estos pacientes y así lograr incorporar espacios de orientación psicológica, de modo que se desarrollen programas, talleres, charlas informativas con fin de fortalecer el apoyo social y promover estrategias de afrontamiento funcionales.
- Diseñar e implementar programas preventivos e integrales orientados a consolidar las redes de apoyo social de los pacientes y a promover estilos de afrontamiento adaptativos, con el propósito de mejorar la adherencia terapéutica y disminuir las tasas de abandono del tratamiento.
- Tomando en consideración que el apoyo social es una variable que influye en la forma como una persona afronta el estrés, es recomendable que las personas que se encuentran dentro de un programa de tratamiento contra la tuberculosis pueden participar de manera constante de charlas, talleres, así como la creación

de grupos de apoyo a fin de sobrellevar su proceso de recuperación de manera positiva y evitar el abandono del tratamiento.

- Desarrollar intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo-conductual, dirigidas a modificar las percepciones negativas en torno a la enfermedad, reforzando la importancia del apoyo social en la adherencia al régimen médico.
- Se propone que, en investigaciones futuras, se diseñen y utilicen instrumentos que permitan evaluar las variables de estudio no únicamente de forma global o general, sino también considerando su carácter multidimensional. Esto implica desarrollar herramientas que capten las diferentes dimensiones, aspectos o componentes que integran dichas variables, con el fin de obtener una comprensión más profunda, precisa y detallada de los fenómenos analizados.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albíncula & Ortiz (2006). *Relación entre el Bienestar Psicológico y las estrategias de afrontamiento en conductores de taxi registrados en la dirección de transporte urbano de la ciudad de Trujillo*. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo Trujillo, Perú.
- Arias, C. (1991). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Cl Revista de Psicología IMED*, 1(1) ,147-158. Recuperado de <file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/Dialnet-LaRedDeApoyoSocialEnLaVejezAportesParaSuEvaluacion-5154987.pdf>
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3575/Bacard.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barra (2004). *Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales*. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010
- Blua A. (2008). *Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un Hospital*

- Nacional*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Brea, M. (2009). Estrategias de Afrontamiento, Bienestar Psicológico y síntomas físicos en comunidades indígenas del Chaco Paraguayo. Recuperado de http://200.123.150.189/favaloro/bases/Brea_Maria_PINE_7230.pdf
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, L., & Valdés, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 363-392.
- Casuso L (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo Trujillo, Perú.
- Castillo, J., & Mendoza, M. (2021). Relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en el Hospital Regional de Arequipa. *Revista de Psicología y Salud*, 15(2), 45-60.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2016). *Infección tuberculosa latente: Guía para proveedores de atención primaria*. <https://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/treatment.htm>
- Chávez, G (2008). *Guía metodológica para la elaboración y proyectos de informes de tesis para estudiantes de psicología de la Universidad César Vallejo*. Facultad de Humanidades: Escuela profesional de psicología. Trujillo- Perú.

- Cruz & Urquiaga (2006). Estilos de Afrontamiento al Estrés y la personalidad tipo A en pacientes de 40 a 70 años con Hipertensión Arterial del Hospital Víctor Lazarte en la ciudad de Trujillo. Escuela de Psicología, Universidad César Vallejo Trujillo, Perú.
- Cruz C. (2010). 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 de la ciudad de Lima. (Tesis de Maestría). Universidad Mayor de San Marcos Lima, Perú.
- Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez (2007). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis*. (Tesis de pregrado). Recuperado de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf
- Córdova, J. (2015). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015*. (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Jakelin_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1
- Díaz, G & Yaringaño, J. (2010). *Clima familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes Oncológicos*. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a04.pdf

- Fachado, A., Menéndez, M., & González, C. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*, 19(02), 118-119. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
- Figuerola, M., Contino N., Lacunza A., Levin M. & Estévez, A (2005). Estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21. (001), 66 – 72.
- García, S. (2017). Tuberculosis. *Web Consultas Healthcare, S.A. Revista de salud y bienestar*. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/tuberculosis/sintomas-de-tuberculosis-714>
- Gallardo, L, Barrón, A., Sánchez, E. & Arias, A. (2014). Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile. *Revista Mexicana de Psicología*, 31 (2), 187-197. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033031010>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* México: Editorial Mc. Graw –Hill.
- Jaureguizar, J. & Espina A. (2005). *Enfermedad física crónica y familia, Un programa de intervención en la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa*. Recuperado de

<http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/7->

[enfermedad%20cronica%20y%20familia.pdf](http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/7-enfermedad%20cronica%20y%20familia.pdf)

Lara (2006). *Estilos de Afrontamiento en pacientes Oncológicos*. (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villareal Lima, Perú.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Editorial Martínez Roca.

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
<http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

Mayo Clinic. (2022). *Tuberculosis*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tuberculosis/diagnosis-treatment/drc-20351256>

Nardell, E. (2022). *Tuberculosis: diagnóstico, tratamiento y control*. *The New England Journal of Medicine*, 386(5), 450-459.

Ramírez, A., & Flores, P. (2022). *Apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con VIH en Lima Metropolitana* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Reyes, F. (2019). *Apoyo social percibido en pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud de Lima* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

- Rodríguez, A. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un Hospital Psiquiátrico de Lima*. (Tesis de pregrado). Pontificia universidad católica del Perú, Lima.
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos de estrategias de afrontamiento en adolescentes en Lima, (Perú). *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 7 (1). 33-39.
- López, M. & Chacón, F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo*. España: Editorial Síntesis.
- López, F., Pastor, J., & Rodríguez, M. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- Mesén, M., & Chamizo, H. (2005). Los determinantes del ambiente familiar y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: Estudio de un caso urbano en el cantón de Desamparados, Costa Rica. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 8(1), 71-82. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592005000100007&script=sci_arttext

- Rodríguez, S. & Carmelo, H. (2007). Validación Argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Revista Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo.*, 7(7),1-14. Recuperado de <http://texas.palermo.edu.ar/cienciassociales/psicologia/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Terol, C. (1999). *Apoyo Social y Salud En Pacientes Oncológicos*. (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/689/7/TESIS%20TEROL-CANTERO-MC.pdf>
- Torres, M. (2002). *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 doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2725/Torresum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, S. (2011). Adaptación a niños del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Revista Liberabit*, 17 (2), 17-128.
- Solís, C. & Vidal, A. (2006). Estilos de estrategias de afrontamiento en adolescentes en Lima, (Perú). *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 7(1), 33-39
- Garcés. J. & Durá, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos

oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6 (2),257-271. Recuperado de [file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaElAjust-111762%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDelApoyoSocialYSusImplicacionesParaElAjust-111762%20(1).pdf)

Rasse, C. & Arellano, P. (2004). *Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la Región Metropolitana, considerando la variable género*. (Tesis de doctorado). Recuperado de [file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/Dialnet-LasEstrategiasDeAfrontamientoFrenteALaPercepcionDe-4808696%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/Dialnet-LasEstrategiasDeAfrontamientoFrenteALaPercepcionDe-4808696%20(1).pdf)

Rodríguez, S. (2011). *Adaptación a niños del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido*. Extraído de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200002&script=sci_arttext

Torres, M. (2002). *Estudio Comparativo en Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte Social*. (Tesis de doctorado). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2725/Torres_um.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Varela, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
<http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>
- Wen, S., Yin, J., & Sun, Q. (2020). Impacts of social support on the treatment outcomes of drug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis [Impactos del apoyo social en los resultados del tratamiento de la tuberculosis resistente: Revisión sistemática y metaanálisis]. *BMJ Open*, 10(10), e036985.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036985>

ANEXOS

Anexo A

Consentimiento informado aplicado a los pacientes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
Título del estudio:	Apoyo social percibido y Afrontamiento al estrés en pacientes con Tuberculosis de la Microrred Magdalena Nueva-Chimbote.
Investigador (a):	Matta torres karen Greicy
Institución:	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para conocer la relación entre el apoyo social que perciben los pacientes con Tuberculosis y cómo afrontan el estrés. Esta información nos ayudará a mejorar el apoyo psicológico y social que se viene brindando en su proceso de recuperación. Este estudio está realizado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En la actualidad se puede evidenciar que el apoyo social que reciben los pacientes con tuberculosis y la forma como afrontan la enfermedad es indudablemente un factor importante en su proceso de recuperación y les motiva y alienta a continuar con su tratamiento. Es por ello que consideramos necesario investigar más el tema para obtener datos específicos sobre la influencia del apoyo social en la capacidad de los pacientes para afrontar el estrés relacionado con la tuberculosis a fin de enriquecer el conocimiento existente en los campos de la salud pública y la psicología y promover el desarrollo de acciones eficaces que respondan a las necesidades y demandas de la población estudiada.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente (*enumerar los procedimientos del estudio*):

1. Nos reuniremos en la sala de reuniones del área de TBC, el cual es un espacio privado y separado de los otros ambientes de la Microrred Magdalena Nueva para garantizar la confidencialidad y su comodidad para que usted pueda responder libremente y sin interrupciones ambos cuestionarios.
2. Se brindará las indicaciones para que pueda responder el Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS-SSS), el cual consta de 20 ítems y su aplicación tarda aproximadamente entre 5 a 10 minutos.
3. Se dará unos minutos para que los participantes puedan hacer preguntas y resolver cualquier duda que tengan.
4. Luego de que todos los participantes hayan terminado el primer cuestionario se brindará las indicaciones para que pueda responder el siguiente Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE). El cual está compuesto de 52 ítems y toma un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para su desarrollo.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le

pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

De presentarse problemas de salud durante la participación en el estudio, se contará con la disponibilidad de equipos de primeros auxilios, se proporcionará contención emocional a los participantes que lo necesiten y se tendrá a la mano líneas telefónicas de apoyo para que los participantes

puedan comunicarse en caso de experimentar estrés o ansiedad.

Beneficios:

Se les informará a los participantes que la aplicación de los cuestionarios será de manera anónima por lo cual no se les entregará a los participantes los resultados de los mismos. Recibirá un tríptico con información sobre el tema del estudio que consistirá en mostrarles todos los estilos para hacer frente al estrés y también se explicará que es el estrés y cuáles son sus síntomas, así como la importancia del apoyo social en su salud mental.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora que manejará la información obtenida codificará los cuestionarios y no abra forma de identificar a los participantes.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al Matta Torres Karen Greicy, al teléfono 941452681.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe.

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

**Nombres y
Apellidos
Investigador**

Firma

Fecha y Hora

Anexo B

Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS-SSS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
4. Que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6. Que le muestre amor y afecto.					
7. Con quien pasar un buen rato.					
8. Que le informe y ayude a entender la situación.					
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Que le abrace.					
11. Con quien pueda relajarse.					
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Cuyo consejo realmente desee.					
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidarsus problemas.					

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si este enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Con quién divertirse.					
19. Que comprenda sus problemas.					
20. A quien amar y hacerle sentirse querido.					

Anexo C

Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)

En este cuestionario se le pide que indique que cosas hace o siente GENERALMENTE cuando se enfrenta a situaciones estresantes. Cada frase deberá ser respondida en forma individual, no hay respuestas buenas ni malas.

No olvide marcar con un aspa (X) en uno de los cuadrados al lado de cada una de las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

Nunca (N) **Casi Nunca (CN)** **Casi Siempre (CS)** **Siempre (S)**

Podemos empezar, marque su respuesta con un aspa (X) en uno de los cuatro espacios que se te presentan a continuación:

RELACIÓN DE FRASES		N	CN	CS	S
01	Realizo acciones adicionales para deshacerme del problema				
02	Elaboro un plan sobre lo que tengo que hacer				
03	Dejo al lado otras actividades y me concentro en el problema				
04	Me esfuerzo en esperar el momento apropiado para hacer algo				
05	Pregunto a las personas que han tenido experiencias similares sobre lo que ellos hicieron				
06	Converso con otros sobre lo que siento				
07	Busco sacar algo bueno de los que me está sucediendo				
08	Aprendo a convivir con el problema				
09	Busco la ayuda de Dios				
10	Me niego a creer que el problema ha ocurrido				
11	Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre el problema				
12	Realizo un plan de acción				
13	Me dedico a enfrentar el problema, y es necesario dejo de lado otras actividades				
14	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita				

RELACIÓN DE FRASES		N	CN	CS	S
15	Busco un consejo de alguien para saber qué hacer con el problema				
16	Busco el apoyo de amigos y familiares				
17	Trato de ver el problema en forma positiva				
18	Acepto que el problema que ha ocurrido y no podrá ser cambiado				
19	Deposito mi confianza en Dios				
20	Hago como si el problema no hubiera sucedido realmente				
21	Hago paso a paso lo que se tiene que hacer				
22	Pienso mucho sobre los pasos a seguir				
23	Me mantengo alejado de otras actividades para concentrarme en el problema				
24	Me aseguro de no crear más problemas				
25	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación				
26	Converso con alguien acerca de lo que me está sucediendo				
27	Aprendo algo de la experiencia				
28	Me acostumbro a la idea de que el problema ya sucedió				
29	Trato de encontrar consuelo en mi religión				
30	Actuó pensando como si no hubiera ocurrido el problema				
31	Actuó directamente sobre el problema				
32	Pienso como controlar el problema de la mejor manera				
33	Trato que otras cosas no infieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema				
34	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto				
35	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema				
36	Busco la simpatía y comprensión de alguien				
37	Intento desarrollarme personalmente como consecuencia del problema				
38	Acepto que el problema ha sucedido				
39	Rezo más de lo usual				
40	Me digo a mí mismo “Esto no es real”				
41	Pienso en la mejor manera de manejar el problema.				

RELACIÓN DE FRASES		N	CN	CS	S
42	Trato por todos los medios de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de enfrentar la situación.				
43	Me abstengo de hacer cualquier cosa apresuradamente.				
44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto acerca del problema.				
45	Busco la acogida y comprensión de alguien.				
46	Trato de madurar a consecuencia de la experiencia vivida.				
47	Acepto la realidad de lo sucedido.				
48	Rezo más de lo usual.				
49	Me altero y soy consciente de ello.				
50	Me digo a mí mismo “Esto no es real”.				
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema.				
52	Duermo más de lo usual.				

Anexo D

Propiedades psicométricas del estudio piloto del cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS-A)

Tabla 1

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente Alpha Cronbach

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Apoyo emocional	8	.950
Ayuda material	4	.925
Relaciones sociales de ocio y diversión	4	.937
Apoyo Afectivo	3	.858
Variable Total	19	.981

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Resultados del análisis de ítems.

Ítems	R	p
1	.866	.000
2	.890	.000
3	.903	.000
4	.963	.000
5	.952	.000
6	.862	.000
7	.878	.000
8	.623	.000
9	.543	.000

10	.741	.000
11	.802	.000
12	.801	.000
13	.939	.000
14	.915	.000
15	.826	.000
16	.883	.000
17	.933	.000
18	.919	.000
19	.935	.000

Nota. Fuente: Elaboración propia

Anexo E

Propiedades psicométricas del estudio piloto del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)

Tabla 3

Normas percentilares para el Test de MOSS

Percentil	Puntaje general
5	19,00
10	19,00
15	22,25
20	32,20
25	33,00
30	33,00
35	34,85
40	45,40
45	47,90
50	48,00
55	59,05
60	70,40
65	77,00
70	77,00
75	77,00
80	77,80
85	78,00
90	79,90
95	80,00
100	80,00

Nota. Fuente: Elaboración propia

Tabla 4

Baremo de la Escala del Test de MOSS

Niveles	Puntuaciones
Máximo	71 – 95
Medio	45 – 70
Mínimo	19 – 44

Nota. Fuente: Elaboración propia