



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en  
pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Palomino Ormeño, Balvina Estela ([orcid.org/0000-0001-8985-6013](https://orcid.org/0000-0001-8985-6013))

**ASESORA:**

Dra. Campana Añasco de Mejía, Teresa de Jesús ([orcid.org/0000-0001-9970-3117](https://orcid.org/0000-0001-9970-3117))

**CO-ASESORA:**

Dra. Cabrera Chaupin, Saba Asunción ([orcid.org/0000-0002-9473-5854](https://orcid.org/0000-0002-9473-5854))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**LIMA – PERÚ**

**2023**

### **Dedicatoria**

A DIOS, a mis padres y hermana por ser mi apoyo incondicional y darme la fortaleza de seguir adelante, a Evelyn una de mis mejores amigas, por apoyarme y ayudarme en los momentos difíciles.

### **Agradecimiento**

A la universidad, a los docentes por todos los conocimientos brindados, a los pacientes de la estrategia sanitaria TBC de Ate por su colaboración.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Variables y Operacionalización	16
3.3. Población, muestra y muestreo	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.5. Procedimientos	19
3.6. Método de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	45

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Ficha técnica del instrumento para medir desesperanza de vida</i>	18
<b>Tabla 2.</b> <i>Ficha técnica del instrumento para medir adherencia al tratamiento farmacológico</i>	18
<b>Tabla 3.</b> <i>Distribución de frecuencias por niveles de desesperanza en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	21
<b>Tabla 4.</b> <i>Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión emocional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	21
<b>Tabla 5.</b> <i>Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión Motivacional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	22
<b>Tabla 6.</b> <i>Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión cognitiva en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	22
<b>Tabla 7.</b> <i>Distribución de frecuencias por niveles de la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	23
<b>Tabla 8.</b> <i>Distribución de frecuencias de la dimensión cumplimiento al tratamiento en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	23
<b>Tabla 9.</b> <i>Distribución de frecuencias de la dimensión personal en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022</i>	24
<b>Tabla 10.</b> <i>Distribución de frecuencias de la dimensión relación transaccional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	24
<b>Tabla 11.</b> <i>Tabla de contingencia entre las dimensiones de desesperanza y ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	25
<b>Tabla 12.</b> <i>Análisis correlacional entre la desesperanza de vida y la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022</i>	26

<b>Tabla 13.</b> <i>Análisis correlacional entre la dimensión emocional y ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	26
<b>Tabla 14.</b> <i>Análisis correlacional entre la dimensión emocional y ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.</i>	27
<b>Tabla 15.</b> <i>Análisis correlacional entre la dimensión cognitiva y la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022</i>	28

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Esquema de diseño de investigación

16

## RESUMEN

Es estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 202.

La metodología fue básica, no experimental y correlacional, con una muestra de 109 pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del distrito de Ate, a quienes se le aplicó el cuestionario de Desesperanza de Vida de Beck (BHS), y el cuestionario MBG Evaluación de la Adherencia Terapéutica (2008).

Los resultados evidenciaron que existe relación significativa entre la desesperanza de vida y la adherencia al tratamiento farmacológico con un p-valor de 0.46; asimismo el 50,5% de los pacientes encuestados presentaron un nivel leve de desesperanza.

**Palabras clave:** adherencia al tratamiento, cumplimiento del tratamiento desesperanza de vida.



## ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between life expectancy and adherence to pharmacological treatment in patients of the TB health strategy of Ate, 202.

The methodology was basic, non-experimental and correlational, with a sample of 109 patients from the TB health strategy of the district of Ate, to whom the Beck Life Expectancy Questionnaire (BHS) was applied, and the MBG questionnaire

The results showed that there is a significant relationship between life expectancy and adherence to pharmacological treatment with a p-value of 0.46; Likewise, 50.5% of the patients surveyed presented a slight level of hopelessness.

**Keywords:** adherence to treatment, compliance with treatment, hopelessness of life.

## I. INTRODUCCIÓN

La gestión en los establecimientos de salud se ha orientado por años a buscar mejorar los cuidados y atención en salud, a través del manejo de ciertas enfermedades que pueden dañar en gran medida el bienestar de la población, por ello la OMS (2021), posiciona a la Tuberculosis (TBC) como una de las enfermedades con mayor grado de mortalidad en el mundo, causando 70 muertos por día en las Américas y 800 personas que se enferman cada 24 horas. Según una estimación de la OPS (2022) en el 2020 la población de niños con TB en nuestro continente alcanzó la cifra de 18, 300, siendo casi el mayor porcentaje en menores de 5 años.

En el Perú, según el MINSA (2020) la evolución de la cantidad de personas que enferman con TBC ha venido siendo negativa, se ha incrementado los casos de pacientes con TBC MDR (multirresistente) y XDR (extremadamente resistente), esto es una consecuencia de una no consolidada adherencia al tratamiento farmacológico (ATF) para la enfermedad. Para autores como Terrel (2021) la no AT de TBC se debe a factores personales del paciente, estando presente dicho factor en un 78% de los encuestados, mientras que un 62% de dichos pacientes consideran que la no adherencia se debe a la falta de conocimiento de la enfermedad. Al mismo tiempo, la OPS (2022) reporta que en Perú se ubican el 14% de los casos de TBC en el mundo, solo en Lima y Callao se concentra el 64% de los casos, además que, en estas dos provincias también se concentra el 79% de los casos de TBC-MDR además de 70% de los casos de TB-XDR.

El índice de éxito de tratamiento de pacientes con TBC ha ido decreciendo durante los últimos 15 años, mientras que la tendencia de pacientes perdidos en el seguimiento ha ido en aumento (OPS, 2022), es así que en el trabajo realizado por Ugarte (2013) afirma que el 37% de pacientes enfermos con TBC presentaban un trastorno depresivo mayor asociado a los malos resultados en el tratamiento de TBC, citando a Houben y Dodd (2016) estimaron que el 25% de la población mundial presenta la infección, y que aproximadamente 10 millones de ciudadanos desarrollan la enfermedad anualmente, siendo la tasa de 1,2 millones de personas que fallecen al año, pero el dato que resaltó la OMS (2018) es que el 78% de los 500'000 nuevos casos encontrados responden a las características de TBC

multidrogoresistente, y esto se debe únicamente a una mala adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Para que las instituciones realicen un afrontamiento estratégico en las estadísticas desfavorables a nivel mundial, regional y nacional, se debe realizar un enfoque en el estudio del fenómeno de adherencia a los tratamientos farmacológicos de la TBC, según autores como Haynes y cols. (1980, Citados en Iriarte, 2021) la adherencia es la medición de la conducta o comportamiento de los pacientes para que reciban su tratamiento, esto involucra la aceptación de una modificación en la práctica en sus estilos de vida.

Cuando la salud se ha perdido, es importante considerar el aspecto psicológico, dado que compone gran porcentaje del factor personal que puede facilitar o impedir la AT. Es así que la desesperanza podría ser considerada como un factor presente, tras conocerse el diagnóstico de TBC. Según Pachi (2020) la desesperanza de vida aparece en todo paciente con enfermedad crónica o con secuelas severas que generan una modificación radical y abrupta en los estilos de vivir, generando un desajuste emocional en el paciente.

En Perú no existen informes que relacionen los niveles de desesperanza de vida en pacientes con enfermedades crónicas o infecciosas con alta tasa de mortalidad como la TBC, es decir, no sabemos qué porcentaje de pacientes con diagnóstico de TBC se encuentran en un estado de desesperanza por causa de la enfermedad, tampoco se tienen datos estadísticos que integren la desesperanza con la adherencia al tratamiento (AT) en TBC, considerando que los esquemas farmacológicos en pacientes TBC-Sensible, TBC-MDR y TBC-XDR son diferentes, tanto en la duración del tratamiento, la medicación y la dosis, por ello, el impacto en el estado emocional de la persona puede variar.

En torno a esto, la no ATF es uno de los principales impedimentos para el control de esta enfermedad, disminuyendo la eficacia de los programas nacionales, aumentando el riesgo de transmisión de los bacilos e incrementando la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, pérdida de la salud y bienestar del paciente. Debido a lo antes mencionado se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate,

2022?, asimismo se tiene como problemas específicos lo siguiente: ¿Cuál es la relación entre la dimensión emocional y ATF?, ¿Cuál es la relación entre la dimensión motivacional – expectativas futuras y ATF?, ¿Cuál es la relación entre la dimensión cognitiva y ATF?

Como justificación teórica se tiene que el presente estudio permitirá conocer sobre la desesperanza de vida y la ATF, y sentará un precedente en las investigaciones donde se investigan ambas variables, con pacientes diagnosticados con TBC o con alguna otra enfermedad infecciosa, o crónica.

El presente trabajo permitirá justificar la implementación de programas preventivos, de sensibilización, de psicoeducación y de recuperación del bienestar en pacientes que reciban tratamiento para TBC; todo ello será factible tras el estudio de los niveles de desesperanza de vida en los pacientes con TBC, de los niveles de AT, y de la posible relación entre ambas variables.

En lo que respecta a la justificación metodológica, se aplicarán instrumentos que harán factible la cuantificación y medición de las variables de estudio, validando la confiabilidad de los instrumentos y otorgándoles vigencia para futuros estudios que involucren una o ambas variables.

Como justificación social, los resultados que se ofrezcan también beneficiarán la capacidad de gestión en los establecimientos de salud, generando cohesión en la organización y sus trabajadores para salvaguardar el bienestar de los pacientes con TBC, promoviendo la confianza y ATF. Además, esto permitirá la consecución de objetivos propuestos por el MINSA en concordancia con las metas de la OPS y OMS en la lucha contra la TBC.

Como objetivo principal de la investigación se plantea determinar la relación entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022. Consecuentemente, se tiene como objetivos específicos de la presente investigación lo siguiente: identificar la relación entre la dimensión emocional y ATF; además se tiene, identificar la relación entre la dimensión motivacional - expectativas futuras con la ATF y por último se plantea identificar la relación entre la dimensión cognitiva y ATF.

Como Hipótesis general del presente estudio se plantea: existe relación significativa entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC. Mientras que como

hipótesis específicas se tiene lo siguiente: existe relación significativa entre la dimensión emocional y ATF; existe una relación significativa entre la dimensión motivacional - expectativas futuras con la ATF; existe relación significativa entre la dimensión cognitiva y ATF.

## II. MARCO TEÓRICO

Núñez (2019) concluyó que la depresión influye en la AT de pacientes esquizofrénicos, siendo la desesperanza de vida el síntoma depresivo más frecuente en la muestra, más del 50% de ellos poseen una mala adherencia al tratamiento y se encuentran con niveles altos de depresión. Por su parte, Burga e Infante (2021) relacionaron la ATF y calidad de vida (CV), concluyendo que cuando esta se encuentra en un nivel bajo, la adherencia al tratamiento también posee un grado bajo.

En la investigación realizada por Alvarado y Carrión (2020) relacionaron la CV y la AT en pacientes con TBC, confirmando que existe una correlación entre las variables y, por tanto, se deben implementar programas de fortalecimiento en la CV del paciente con TBC. Asimismo, Mendoza y Domínguez (2018) relacionaron la CV y la AT en pacientes con diagnóstico de TBC, concluyendo que ante un nivel medio en la CV se presentará una buena o regular AT, lo que implica que se deben reforzar las políticas en salud dirigidas al fortalecimiento de la CV de los pacientes con TBC.

Por otra parte, sobre la variable desesperanza, las autoras Medrano y Rodríguez (2019) relacionaron la variable desesperanza y el nivel de incertidumbre en pacientes con cáncer al cuello uterino, concluyendo que se debe fortalecer el estilo de afrontamiento de la persona para que no existan altos niveles de desesperanza. Por último, podemos citar Sáenz (2018) quien relaciona la adherencia y los factores determinantes en pacientes con TBC, concluyendo que, si existe una adecuada vigilancia del factor de tratamiento de los factores determinantes, se podrá consolidar aún mejor la adherencia al tratamiento.

Como **trabajos previos internacionales** podemos mencionar a Ruíz et al., (2020) determinaron la prevalencia de depresión en pacientes con TBC y la adherencia al tratamiento, concluyendo que hay una relación entre una mala AT por parte de los pacientes cuando se presentan niveles de depresión media o alta, además resalta que personas con cuadros de depresión son proclives a incumplir con el tratamiento y adecuado consumo del medicamento.

Por su parte, Yang et al., (2018) plantearon como objetivo determinar el impacto del estigma social y la sintomatología depresiva como causas de la no adherencia al tratamiento para TBC en pacientes chinos, encontrando que existió relación de la sintomatología de depresión con la adherencia al tratamiento para TBC, como dato adicional se desprendió que, los encuestados con sintomatología depresiva demostraron tener niveles bajos de adherencia al tratamiento, asimismo sugieren que se debe adoptar y optimizar las relaciones sociales y psicológicas para combatir la estigmatización y la depresión en estos pacientes con la finalidad de generar una mayor adherencia a la medicación.

Asimismo, Walker et al. (2018) relacionaron la depresión y ATF en pacientes de TBC multirresistente en Pakistán, dando a conocer que existió una relación directa entre las variables, encontraron que en pacientes de 10 a 12 meses de tratamiento presentaron altos niveles de depresión, siendo mayor la probabilidad de abandonar el tratamiento. Por otro lado, As'hab et al., (2022) midieron el impacto de una terapia de aceptación y compromiso (TAC) sobre la ATF en pacientes con TBC multirresistente, encontrando que las terapias reducen la ansiedad, reducen los niveles de depresión, desesperanza reducen la ideación suicida e incrementa positivamente los niveles de adherencia al tratamiento.

En la investigación realizado por Mohamedhussein et al., (2020) evidenciaron que existe una prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes con TBC en centros de salud. Por su parte Rouf et al., (2021) concluyendo que las personas psicológicamente angustiadas o deprimidas en el inicio del tratamiento de TBC debían recibir asistencia y apoyo continuo, debido a los altos niveles de depresión con los que ingresan al tratamiento. Finalmente, Azizi et al., (2018) identificaron factores que se encontraban asociados al estado de ATF de la TBC en 298 pacientes iraníes, concluyendo que el Modelo de Creencias en Salud funciona como predictor de la adherencia terapéutica en pacientes con TBC, por lo que se recomienda su aplicación para el conocimiento de factores asociados a una buena, regular o mala adherencia.

**En concordancia** con la Ley general de salud y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por TBC, se contempló la actualización para los criterios técnicos, los procedimientos en las intervenciones sanitarias, cuyo fin estaba dirigido a la prevención y control de la TBC, tanto en

instituciones públicas como privadas del sistema de salud del país. De acuerdo con ello, el MINSA (2013) señaló que como institución busca contribuir activamente con las políticas de disminución sobre la prevalencia de la tuberculosis, por ello, resaltó la necesidad de elaborar un enfoque integral de acuerdo a la política de aseguramiento universal del acceso en salud.

**La tuberculosis fue definida** como una enfermedad infectocontagiosa y considerada como un problema de la salud pública, según Tierney y Nardell (2018) se detectó que la TBC se desarrolla por causa de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que tiene propiedades ácido-alcohol resistente, una pared de sustancias inmunorreactivas que lanzan una alerta para la activación de la inmunidad celular en el huésped, generalmente ataca los pulmones del ser humano, pero, puede alojarse en cualquier órgano del cuerpo, se transmite principalmente por aerosol a través de la respiración cuando la persona sana ha entrado en contacto con el ambiente de una persona enferma en estado activo.

Referente a la sintomatología de la enfermedad, la tos es el síntoma más frecuente, pero lo más importante son las etapas de la TBC, la primera etapa es la infección primaria, donde las micobacterias se transportan desde los pulmones hasta los ganglios linfáticos, en esa etapa no es contagiosa la enfermedad, luego está la etapa de infección latente, en ella encontramos que los agentes causantes de la TBC pueden entrar a un estado de latencia en el interior de los macrófagos del cuerpo humano, luego, el organismo encierra las micobacterias en forma de cicatrices manteniendo a las bacterias lejos de toda activación en un 90-95% de los casos, finalmente, se encuentra la etapa de enfermedad activa que se presenta en el 5-10% de aquellas personas que se infectan, en dicho punto, se multiplican las bacterias que estuvieron en estado de latencia, en esta fase la persona infectada desarrolla la enfermedad y sí puede transmitirla.

Según Lagos et al., (2017) todo programa de TBC contempla dos objetivos primordiales que son: curar al paciente con TBC y minimizar la transmisión de TBC en la comunidad, debe comprenderse que, por curar al paciente, lo deseable es que siga el tratamiento y no se desarrolle una resistencia bacteriana. En ese sentido, el estado peruano, a través de ministerios, como el de salud y otras instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en materia de salud, brindan atención, diagnóstico, y tratamiento de forma gratuita a todas las personas



afectadas por TBC, en todos los establecimientos de salud del país, como parte del aseguramiento universal en salud.

Se le denomina paciente TBC Sensible a aquella condición de TBC común, que ha sido diagnosticado recientemente y se presenta por primera vez en el organismo de la persona, tal y como mencionó el Centro para el Control de Enfermedades (2013) la única vía para evitar que un enfermo con TBC sensible a los fármacos, es que cumpla con su tratamiento al 100% según las indicaciones médicas. En el contexto peruano, el Ministerio de Salud (2013) estableció que el tratamiento de estos pacientes puede durar entre 6-7 meses si se cumplen rigurosamente los tiempos de medicación, los esquemas y demás características se encuentran contemplados en la Norma Técnica de Salud para la atención de dichos pacientes.

El paciente que ha desarrollado TBC multidrogo resistente se le conoce como paciente TBC-MDR, debido a que ha desarrollado resistencia a la isoniazida y a la rifampicina, considerados como medicamentos de primera línea, complicando el tratamiento de la enfermedad, según señaló Dávila (2014). Debe considerarse que, en esta fase de la enfermedad, el daño a nivel del organismo es mayor respecto de la primera fase, por ello, citando a Giraldo, Valencia y Cardona (2017) se señala que la TBC es una enfermedad debilitante con impacto en el estado emocional y psicológico de la persona, presentándose ansiedad, depresión, y sentimientos de soledad cuya causa se debe a la estigmatización y aislamiento social. Consecuentemente, todos estos problemas previamente señalados se agudizan cuando el tratamiento varía debido a la resistencia a los fármacos, convirtiendo el tratamiento en un proceso más largo y complicado.

El paciente con TBC extremadamente drogo resistente es aquel que, a desarrollado resistencia a medicamentos del primer esquema, medicamentos del segundo esquema e inyectables de la segunda línea de tratamiento, según la CDC (2013). Así mismo, el autor Mamani (2017) señaló que la aparición de este tipo de TBC era un problema sanitario muy grave en países como Sudáfrica, ex repúblicas de la Unión Soviética, India, Corea del Sur, China y Perú, tanto es así que el primer caso de paciente joven con diagnóstico de TBC extremadamente drogo resistente en el mundo, fue un lactante de 10 meses de nuestro país.

**Referente a la variable desesperanza de vida**, una de las primeras definiciones fue elaborada por Stotland (1969) quien afirmó que era un estado vago y amorfo, que nacía de un sistema de expectativas negativas que se gestaban en el presente del individuo y era proyectado en su futuro. Tras esta intención inicial para abordar el tema, Beck et al., (1974) sostuvieron que la desesperanza era un sistema de esquemas de tipo cognitivo, que no podía ser considerada como una variable intermedia entre la depresión y las ideaciones suicidas, sino que, debía entenderse como un estado. Complementó este concepto de desesperanza, el autor Seligman (1984) estableciendo que la desesperanza es un síndrome tripartito, que comprende déficits emocionales, déficits motivacionales y déficits asociativos; más tarde conocido como déficit cognitivo circunstancial. La explicación de esa división tridimensional y del principio de indefensión surgió con el experimento de Seligman y Overmier en perros. Asimismo, Aliaga et al., (2006) lo definen como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. (p.70).

**Las Dimensiones de la variable desesperanza de vida son:** **dimensión emocional**, la cual constituye la primera de todas, y está ligado al autoconcepto negativo que está presente en la desesperanza, además que se manifiestan las reacciones emocionales frente a consecuencias negativas de la persona, afectando su equilibrio mental y emocional, según Molla (2019).

**Dimensión Motivacional y de Expectativas futuras;** contempla distorsiones cognitivas de catastrofización que significa renunciar a una visión realista u optimista del futuro, siendo la desesperanza la impulsora de la ideación suicida o ideas de autoeliminación, según Beck (1976). Se asocia a este estado de desesperanza la falta de sentido de vida, que además de ser un indicador cognitivo de la depresión, convierte al ser humano en alguien vulnerable, por tanto, la búsqueda de la fuerza primaria para vivir toma relevancia porque impulsa al paciente a buscar el porqué de su vida y la dirección para sus acciones.

**Dimensión Cognitiva**, que está relacionado con los pensamientos anticipatorios, pero que poseen un tenor de tipo negativo, también se relaciona con la obtención de cosas, el mal funcionamiento de ciertas áreas de la vida del paciente, o que el futuro resulte vago e incierto. Esta forma de procesar los pensamientos genera un sobre dimensionamiento de la culpa y genera una baja

autoestima en el paciente, según Molla (2019) la pobre visión sobre el futuro y el conformismo actitudinal en creer que los eventos determinan el rumbo de la vida propia, es lo que termina por consolidar pensamientos automáticos erróneos y dominantes presentes en cuadros patológicos.

Tras la última revisión de Abramson, Teasdale y Seligman (1978) sobre el modelo teórico se estableció que, la desesperanza aprendida se presenta por causa de cuatro déficits; motivacional, cognitivo, emocional y autoestima. Además, que los individuos que tienden a desear y no regulan ese deseo, resultan verse afectados por la insatisfacción, que les genera el no poder cambiar su realidad, este deseo desproporcionado obnubila los hechos y no les permite, tomar consciencia de la existencia de hechos que no podemos controlar. Tras internalizar el proceso de indefensión a nivel global en la persona, comienza la manifestación de síntomas depresivos y de baja autoestima, y surge la pérdida de la esperanza sustentado en el principio de incontrolabilidad, que según Seligman (1983) es el principio originado por constantes fracasos del individuo, por enfrentarse a determinadas situaciones, dichos enfrentamientos pueden ser mentales como físicos. En tanto, mientras mayor sea el reforzamiento en la persona sobre no saber cómo responder o enfrentar su medio, generará mayor problema e inadecuación en la persona y entrará en un proceso de resignación irremediable con su desgracia percibida.

**Referente a la base teórica,** la autora González (2020) precisó que **la desesperanza se cimienta en el principio de indefensión**, que es concebido como la ausencia de motivación para el accionar luego de estar expuesto a un episodio o estímulo desagradable sobre el cual no se tiene control; por ejemplo, la evolución de un patógeno en nuestro organismo, o el intento de controlar el tiempo durante un proceso de enfermedad como la TBC. La indefensión se explica a través del experimento del perrito A y B de Seligman (1975), el investigador construyó dos cajas en las cuales cabían dos perros del mismo tamaño, en la caja del perrito A se puso un botón rojo en el piso, mientras que en la caja del perrito B no se colocó nada, el experimento consistía observar la reacción de los perritos frente a estímulos estresores, por lo que decidió pasarles corriente eléctrica por toda la caja, ambos perritos empezaban a correr por toda la caja, hasta que el perrito A logró apretar el botón rojo del piso de forma casual, lo que de inmediato cortó el suministro de electricidad, el experimento se repitió en diferentes oportunidades,

hasta que el perrito A logró asociar satisfactoriamente lo que tenía que hacer para detener la corriente. Más tarde, Seligman alteró la estructura de ambas cajas, las hizo más grandes a ambas y las dividió en dos cuartos separados por una pared posible de brincar, lo que cambió es que en la caja del perrito A se había removido el botón rojo del piso.

Cuando se dio inicio al experimento se pasó corriente a ambos perros, pero solo en uno de los cuartos pasaba corriente eléctrica, de inmediato el perrito A empezó a moverse y correr por la caja, mientras que el perrito B solo atinó a quedarse quieto y resistir los choques eléctricos. Eventualmente, el perrito A descubrió que brincando a la otra mitad de su caja no habría más choques eléctricos, lo que asoció y repitió varias veces.

Este hallazgo explica el principio de indefensión, los autores encontraron que cuando una persona o animal es sometido a una constante exposición de un estímulo estresante o devastador, la persona luchará para poder cambiar su situación, si el movimiento y la acción lo llevan a lograr algo, pues sentirá que todo lo malo puede revertirse. Sin embargo, cuando un estímulo es tan estresante y devastador, y a pesar del movimiento y acción, no se puede cambiar la realidad, entonces, se experimenta una pérdida de la esperanza, se desarrolla una capacidad para no defenderse, para no luchar o indefensión, lo que genera un estado patológico que puede conducir a la no adherencia a tratamientos de ciertas enfermedades o a ideaciones suicidas en los pacientes, tal es el caso de pacientes con diagnóstico de TBC, cáncer, VIH-SIDA, IRC con hemodiálisis, etc., enfermedades que generan una modificación radical en los estilos de vida de la persona, y pocas veces se tiene una cura inmediata para la enfermedad, o simplemente no existe cura. Constituyéndose de esta forma algo más que una tristeza o depresión, genera una desesperanza de vida, una pérdida de la motivación por luchar, vivir, pensar a futuro y afrontar la enfermedad con tratamientos o apoyo asistencial en el presente.

En referencia a la variable **adherencia al tratamiento**, la OMS (2022) lo definió como el cumplimiento y persistencia a lo largo del tiempo en la toma de un medicamento según la dosificación consignado en la prescripción médica. Así mismo, clasificó los factores que intervienen en la AT, llegando a construirse y diferenciarse cinco dimensiones principales; personal, social, ambiental, económico

y terapéutico, los cuales van a condicionar el cumplimiento o no del tratamiento farmacológico.

La adherencia nace solo cuando finalizó el proceso de explicación de los resultados y diagnóstico a un paciente, e interactúa con la percepción del sujeto, valorando si la situación es una amenaza, un reto, un castigo, un beneficio o un alivio para la persona, gracias a ello el paciente puede desarrollar su rol de enfermo. Por tanto, la adherencia se ha valorado como el grado en que la conducta del paciente, con relación a la entrega de las indicaciones médicas, guarda una armonía. Los factores que influyen en la adherencia son cuatro (Gili y Roca, 2004), comenzando por el paciente, seguido de la enfermedad, luego el tratamiento, y finalmente el entorno clínico. En el proceso de cumplimiento de criterios contemplados por el cuestionario MBG surgen las categorías sobre la adherencia, definiéndose como; adherencia total, adherencia parcial y no adherencia de los pacientes con alguna enfermedad.

En ese sentido, según Zumarán-Alayo y Meneses-La-Riva (2021) mencionaron que los problemas de salud mental se estarían presentando en mayor incidencia dentro de poblaciones vulnerables, lo que afecta también el desarrollo personal de ellos, para estos autores la desesperanza aprendida constituye uno de los fenómenos que incrementan los riesgos para la salud emocional y psicológica, que interrumpen los avances en sus vidas, que obstaculizan las actividades y responsabilidades, complicando así la calidad de vida de estas personas. Para efectos de comprender la implicancia de la desesperanza sobre la adherencia al tratamiento, podemos referirnos a la desesperanza como una de las causantes de que el proceso de adherencia terapéutica se vea interrumpido, esta inferencia surge continuando la idea propuesta previamente por los autores.

**La variable adherencia tienen las siguientes dimensiones:** dimensión de **Cumplimiento del Tratamiento**, hace referencia al ejercicio y el nivel de cumplimiento durante el tratamiento por parte del paciente, ello implica que la persona siga detalladamente las indicaciones realizadas por el médico. La **Implicación Personal es la dimensión** que se explica a través de la búsqueda de estrategias hecha por el paciente, tiene por finalidad garantizar el cumplimiento de las prescripciones a través de esfuerzos del propio individuo. **La dimensión Relación Transaccional**, la cual se conceptualiza como la interacción dinámica y

de colaboración entre el paciente y su médico. Esta relación comprende dos momentos que son, la instauración del tratamiento y la elaboración de un plan a seguir para lograr el cumplimiento del tratamiento, ambos momentos deben ser consentidos y aceptados por ambas partes (Martín et al., 2008)

El modelo de Adherencia Terapéutica construido por Martín et al., (2004) establece que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo debido a que convergen múltiples factores que lo condicionan, por ejemplo, el sistema de conocimientos y creencias del paciente sobre la enfermedad que está desarrollando, su motivación para recuperar su salud, o su capacidad para adaptarse a los nuevos cambios por su condición de enfermo.

La adherencia responde a la **Teoría de la Autoeficacia** de Bandura (1997) quien siguió un modelo de aprendizaje social y cognitivo para explicar, el proceso de cambio y adherencia de los pacientes a sus tratamientos, bajo la influencia de la formación de autoinstrucciones y la autorregulación motivacional. Para el autor el elemento presente en el plano mental de un paciente son las expectativas, que son construcciones irreales, fantasiosas y exageradas sobre algo que no existe y no sucederá tal y como se cree, pero que pueden ser clasificadas en tres tipos, las expectativas de situación y de resultado, que se refieren a todas aquellas situaciones externas o ambientales que llevaron al sujeto a una consecuencia sin la acción o participación de este, un ejemplo puede ser, que el paciente de VIH durante la pandemia por Covid-19 decidió creer que era una señal el cierre de establecimientos y que estaba destinado a no mejorarse porque su tratamiento se verá interrumpido y no podrá hacer nada al respecto.

Luego se tienen las expectativas de acción y resultado, que supone una valoración cognitiva criteriosa hecha por el paciente respecto a lo que ha logrado gracias a su acción y movimiento, por señalar un ejemplo, imagine que un paciente con diagnóstico de VIH pasa por el hospital cada semana para poder recabar su esquema de tratamiento durante la pandemia por covid-19, como dicho paciente ha cumplido su tratamiento, ha notado al poco tiempo una mejoría en el estado físico y emocional, por consiguiente, decidirá y continuará haciéndose responsable de su recuperación de salud y bienestar. Y, por último, la autoeficacia percibida, que es comprendida como la confianza de la persona en sus propias capacidades para poder dirigir sus acciones y motivarse a obtener resultados diferentes, positivos o

regulares, obtener algo en lugar de nada. Esta última expectativa es la que afianza el cambio de hábitos de salud, facilita el proceso de adherencia terapéutica, y se adopta nuevas conductas saludables y funcionales.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

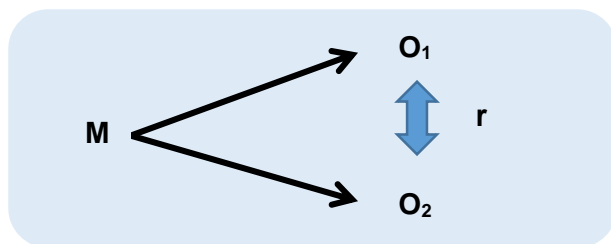
El estudio fue **considerado básica**, intenta incrementar el marco teórico existente de la desesperanza de vida en pacientes con TBC y el grado de adherencia al tratamiento que poseen estos sujetos, en esta clase de investigación “su motivación es la curiosidad científica, descubriendo y creando nuevos conocimientos así como modificar o profundizar el conocimiento científico existente” (Paniagua y Condori, 2018, p.23), El **método empleado fue hipotético deductivo**, puesto que se buscó reclutar hipótesis deduciendo de ellas conclusiones los cuales se confrontaron con los hechos (Bernal, 2006), adicionalmente. De **enfoque cuantitativo** porque se aplicaron cuestionarios tanto para valorar estadísticamente la desesperanza como la adherencia al tratamiento, dicha percepción de los encuestados pudieron ser medibles, según este tipo de enfoque el recojo de datos permitió analizar, probar hipótesis basándonos en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández et al., 2003).

Además, presentó un **diseño no experimental**; se observaron situaciones ya existentes, no provocadas (Hernández et al., 2014), se estudió la desesperanza de vida y su relación con la AT sin intervenir en la modificación intencional de sus niveles, solo se registró la medición. Por otra parte, fue de **corte transeccional, se recolectaron los datos en un solo momento del tiempo** (Hernández et al., 2014); **prospectivo**, porque la información se abordó durante su ocurrencia (Tamayo, 2003). Por último, fue de tipo **correlacional** se buscó determinar el grado en que interactúan la desesperanza de vida y la ATF, con el propósito de comparar entre grupos, y evaluar diferencias en uno o más conceptos, (Hernández, et. al, 2014).



**Figura 1**

*Esquema de diseño de investigación*



Dónde:

M= muestra de pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate

O1 = Observación 1 de la variable Desesperanza de Vida

O2 = Observación 2 de la variable Adherencia al Tratamiento

### **3.2 Variables y Operacionalización**

Referente a la definición conceptual de la variable desesperanza de vida, es un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativa negativa acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto (Aliaga et al., 2006).

Por otro lado, su definición operacional se realizará mediante el cuestionario de Desesperanza de Vida de Beck (1967) que está compuesto por 3 dimensiones: Emocional, Motivacional y Expectativas futuras y Cognitiva, están compuestas por (5) ítems, (9) ítems y (6) ítems respectivamente. Poseerá categorías de respuesta dicotómica verdadero (V=1punto) y falso (F=0 puntos), es importante resaltar que solo se puntúa como 1 aquellos ítems que indiquen desesperanza que son los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 de forma directa, mientras que los ítems que no indiquen desesperanza tendrán un valor de 0 puntos cuando se responda verdadero. Además, tendrá niveles de desesperanza: Asintomático/Normal: 0-3 puntos, Leve: 4-8 puntos, Moderado: 9-14 puntos, y Severo: 15-20 puntos (ver anexo 1).

Como segunda variable de investigación se ha propuesto a la adherencia al tratamiento, la OMS (2022) lo definió como el cumplimiento y persistencia a lo largo del tiempo en la toma de un medicamento según la dosificación consignado en la prescripción médica.

Mientras que su definición operacional se realizará mediante el cuestionario MBG de evaluación de la adherencia terapéutica de Martín et al., (2008) que está

compuesto por 3 dimensiones: Cumplimiento Activo (CA), Autonomía del Cumplimiento (AC), y Complejidad de la Adhesión (CAD) que están compuestas por (5) ítems, (4) ítems y (3) ítems respectivamente. Poseerá categorías de respuesta politómica de escala Likert que serán de siempre (4 puntos), casi siempre (3 puntos), a veces (2 puntos), casi nunca (1 punto) y nunca (0 puntos). Además, tendrá niveles de desesperanza: Asintomático/Normal: 0-3 puntos, Leve: 4-8 puntos, Moderado: 9-14 puntos, y Severo: 15-20 puntos (ver anexo 2).

### **3.3 Población, muestra y muestreo**

La población fue conformada por pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del distrito de Ate en el 2022, debido a que poseen las características y propiedades que se desea estudiar a través de las variables (Lepkowski, 2008); conformada por 150 pacientes.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los pacientes inscritos en la estrategia sanitaria de TBC, que acuden a los centros o puestos de salud del distrito de Ate.

Mientras que los criterios de exclusión fueron los pacientes no inscritos en la estrategia sanitaria de TBC, pacientes de consulta externa de neumología, pacientes que van a realizarse test de confirmación de TBC, pacientes inscritos en la estrategia sanitaria de TBC que no han recibido ningún esquema de tratamiento.

La muestra se calculó mediante QuestionPro, obteniendo un total de 109 pacientes de la población total (ver anexo 9).

El muestreo será probabilístico aleatorio simple, dado que cada elemento de la población tendrá la probabilidad de ser seleccionado para la muestra (Kinneer et al., 1998).

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica aplicada para la recolección de datos fue la encuesta, definida como un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (Hernández et al., 2003); el instrumento usado es el cuestionario, instrumento que agrupó una serie de preguntas sobre un evento particular para obtener información (Hurtado, 2009)

Para la variable desesperanza de vida se utilizó el Cuestionario de Desesperanza de Vida de Beck (BHS), el cual consta de 20 preguntas con opciones de verdadero y falso.

Para la variable AT se utilizó como instrumento el cuestionario MBG Evaluación de la Adherencia Terapéutica (2008), el cual consta con 12 preguntas con opciones de Nunca, casi nunca, a veces casi siempre, siempre.

**Tabla 1**

*Ficha técnica del instrumento para medir desesperanza de vida*

Nombre del instrumento	Cuestionario de Desesperanza de Vida de Beck (BHS),
Autor	Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974)
Administración	Directo
Sujeto de intervención	Pacientes de la estrategia sanitaria de TBC
Número de Ítems	20
Descripción de la escala	Escala de Likert

**Tabla 2**

*Ficha técnica del instrumento para medir adherencia al tratamiento*

Nombre del instrumento	cuestionario MBG evaluación de la Adherencia Terapéutica (2008),
Autor	Martín, L., Bayarré, H., & Grau, J.
Administración	Directo
Sujeto de intervención	Pacientes de la estrategia sanitaria de TBC
Numero de Ítems	12
Descripción de la escala	Escala de Likert

**La Validez** del instrumento, Chávez (2001) lo define como la eficacia con que un instrumento mide lo que se pretende evaluar, fue medido mediante juicio de expertos, ellos investigaron sobre la claridad, pertinencia y coherencia, dándole la categoría de aplicable al instrumento que midió la desesperanza de vida (ver anexo 5) y al instrumento que midió la adherencia al tratamiento (ver anexo 6);

**La confiabilidad** del instrumento según Canales et al., (1994) lo define como la capacidad que tiene el instrumento de arrojar resultados correspondientes a la realidad que se pretende conocer; en la presente investigación se calculó mediante prueba piloto con 15 unidades muestrales; posteriormente se calculó la confiabilidad mediante Kr-20 para el instrumento de desesperanza de vida y mediante el alfa de Cronbach para el instrumento de adherencia al tratamiento obteniendo un puntaje de 0,84 para el instrumento de desesperanza de vida dándole una categoría de confiable (ver anexo 7) y un puntaje de 0.748 para el instrumento de adherencia al tratamiento dándole una categoría de aceptable (ver anexo 8).

### **3.5 Procedimientos**

**Primera etapa;** se pidió autorización a la Dirección de Redes Integradas de salud -Diris Lima Este, para que autorizasen realizar la presente investigación y poder aplicar la encuesta en los pacientes pertenecientes a la estrategia sanitaria de TBC del Distrito de Ate.

**Segunda etapa;** se visitó los establecimientos de salud antes mencionados, se explicará a los pacientes de la estrategia sanitaria sobre el presente estudio y se les brindará el consentimiento informado para que tomen la libre elección de formar parte.

**Tercera etapa;** se verificó el correcto llenado de los instrumentos y se recabará la información.

**Cuarta etapa;** se tabuló los resultados y analizó mediante pruebas estadísticas, generando conclusiones y recomendaciones.

### **3.6 Método de análisis de datos**

Los datos recopilados a través de los cuestionarios, se sistematizaron en una matriz de Excel, luego, dicha matriz fue copiada en una base de datos del programa estadístico SPSS v.26, de esta forma, se generó los resultados descriptivos, asimismo tablas de frecuencia y gráficos de distribución; además se realizó el análisis estadístico de tipo inferencial, utilizándose para el presente estudio el coeficiente de correlación Tau-b de Kendall.

### **3.7 Aspectos éticos**

La bibliografía utilizada se realizó respetando el principio de la integridad científica, por lo que existió un respeto a la autoría de ideas o teorías sobre los temas que se tocarán en el presente estudio, citando correctamente las investigaciones y postulados que se han agregado al estudio.

Afín de respetar los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, sobre el último mencionado, se procuró en el estudio, no generar daño, afectación o preocupación en los encuestados, mientras que, a través del principio de beneficencia, se aportó un marco teórico que permite realizar una mejor toma de decisiones desde la gestión pública en beneficio de los pacientes con tuberculosis y población en general.

En cuanto al uso de instrumentos validados y confiables, se realizó mediante de expertos.

Finalmente, cumpliendo con el principio de justicia y equidad, se seleccionó a los pacientes sin ningún tipo de preferencia, es decir, todos tendrán la misma posibilidad de ser elegidos y, a cada uno de los encuestados se les brindó de forma presencial la misma información necesaria para una buena toma de decisiones, se respetará la libre elección de participar o no, en el presente trabajo de investigación.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Descriptivos

**Tabla 3**

*Distribución de frecuencias por niveles de desesperanza en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Asintomático	38	34,9%
Leve	55	50,5%
Moderada	15	13,8%
Severa	1	0,9%
Total	109	100%

La tabla 3 muestra que un 50,5% presentaron un nivel leve de desesperanza, mientras que un 34,9% no presentaron sintomatología asociada a la desesperanza de vida, al mismo tiempo, un 13,8% tuvieron un nivel moderado de desesperanza.

**Tabla 4**

*Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión emocional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Asintomático	98	89,9
Leve	10	9,2
Moderada	1	0,9
Severo	0	0
Total	109	100%

La tabla 4 evidencia que un 89,9% de los encuestados presentaron un nivel asintomático para la dimensión emocional de la desesperanza, por su parte, un 9,2% de ellos evidenciaron un nivel leve, y un 0,9% mostraron un nivel moderado.

**Tabla 5**

*Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión motivacional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Asintomático	74	67,9
Leve	29	26,6
Moderada	6	5,5
Severo	0	0
Total	109	100%

La tabla 5 evidencia que un 67,9% de los encuestados presentaron un nivel asintomático para la dimensión motivacional de la desesperanza, por su parte, un 26,6% de ellos evidenciaron un nivel leve, y un 5,5% de los encuestados mostraron un nivel moderado.

**Tabla 6**

*Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión cognitiva en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Asintomático	72	66,1
Leve	32	29,4
Moderada	5	4,6
Severo	0	0
Total	100,00	100%

La tabla 6 señala que un 66,1% de encuestados presentaron un nivel asintomático para la dimensión emocional de la desesperanza, por su parte, un 29,4% de ellos evidenciaron un nivel leve, y un 4,6% de los encuestados mostraron un nivel moderado.

**Tabla 7**

*Distribución de frecuencias por niveles de la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
No Adherencia	0	0,0%
Adherencia Parcial	36	33,0%
Adherencia Total	73	67,0%
Total	109	100,0%

La tabla 7 se pueden observar los niveles de AT que presentan los encuestados, resaltándose que un 67% de encuestados tuvieron un nivel de adherencia total, y que un 33% de la muestra presentaron un nivel de adherencia parcial, al mismo tiempo, un 0% de los entrevistados presentaron un nivel de no adherencia al tratamiento farmacológico.

**Tabla 8**

*Distribución de frecuencias de la dimensión cumplimiento al tratamiento en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Nivel Bajo	41	37,6%
Nivel Medio	28	25,7%
Nivel Alto	40	36,7%
Total	109	100%

La tabla 8 muestra que un 37,6% de los pacientes entrevistados presentaron un nivel bajo para la dimensión de cumplimiento al tratamiento, por otra parte, un 25,7% de ellos evidenciaron un nivel de cumplimiento medio y un 36,7% mostraron un alto nivel de cumplimiento para esta dimensión.



**Tabla 9**

*Distribución de frecuencias de la dimensión personal en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Nivel Bajo	38	34,9%
Nivel Medio	44	40,4%
Nivel Alto	27	24,8%
Total	109	100%

La tabla 9 evidencia que un 34,9% presentaron un nivel bajo en la dimensión de autonomía ante el tratamiento en la adherencia al tratamiento, por otra parte, un 40,4% de ellos evidenciaron un nivel medio, y un 24,8% de mostraron un nivel alto de autonomía en el tratamiento.

**Tabla 10**

*Distribución de frecuencias de la dimensión relación transaccional en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles	f	%
Nivel Bajo	39	35,8%
Nivel Medio	28	25,7%
Nivel Alto	42	38,5%
Total	109	100%

La tabla 10 muestra que un 35,8% presentaron un nivel bajo para la dimensión de complejidad en la adhesión en la adherencia al tratamiento, por otra parte, un 25,7% de ellos presentaron un nivel medio en la complejidad en la adherencia, y un 38,5% de los encuestados mostraron un nivel alto de complejidad en la adhesión.

**Tabla 11**

*Tabla de contingencia entre las dimensiones de desesperanza y ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

Niveles Desesperanza	Niveles Adherencia			Total
	No adherencia	Adherencia Parcial	Adherencia total	
Asintomático	0	18 (16,5%)	20(18,3%)	38(34,9%)
Leve	0	13(11,9%)	42(38,5%)	55(50,4%)
Moderada	0	4(3,7%)	11(10,1%)	15(13,7%)
Severa	0	1(0,9%)	0	1(0,9%)
Total	0	36(33%)	73(67%)	109

La tabla 11 señala la distribución de sujetos en una tabla cruzada por cada nivel de desesperanza con respecto a los niveles de ATF, teniendo que un 34,9% de la muestra presentaron un nivel asintomático de desesperanza, un 50,4% presentó un nivel leve de desesperanza, un 13,7% de ellos presentó un nivel moderado de desesperanza y solo un 0,9% alcanzó el nivel severo. De igual forma se encontró que un 67% de los pacientes de la estrategia presentó adherencia total, mientras que un 33% de ellos tuvieron un nivel de adherencia parcial.

## 4.2 Hipótesis

### Hipótesis General

**H1:** Existe relación significativa entre la desesperanza de vida y ATF.

**H0:** No existe relación significativa entre la desesperanza de vida y la ATF.

### Regla de decisión:

Si  $p\text{-valor} < 0,05$  aceptar H1

Si  $p\text{-valor} > 0,05$  rechazar H1

### Tabla 12

*Análisis correlacional entre la desesperanza de vida y la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

---

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación n aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,141	,071	1,998	,046
N de casos válidos		109			

---

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Se evidencia en la tabla 12 que existe relación entre la desesperanza de vida y la ATF con un  $p\text{-valor}$  de  $0.046 < 0.05$ , siendo una correlación positiva débil de 0.141, aceptando la hipótesis de estudio y rechazando la hipótesis nula.

## HE 1

**H1:** Existe relación significativa entre la dimensión emocional y ATF.

**H0:** No existe relación significativa entre la dimensión emocional y ATF.

### Tabla 13

*Análisis correlacional entre la dimensión emocional y ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,070	,078	,899	,368
N de casos válidos		109			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

La tabla 13 evidencia que no existe relación entre la dimensión emocional y la ATF con un p-valor 0.368 >0.05, rechazando la hipótesis de estudio y aceptando la hipótesis nula.

## Hipótesis Específica 2

**H1:** Existe relación significativa entre la dimensión motivacional y ATF.

**H0:** No existe relación significativa entre la dimensión motivacional y ATF.

**Tabla 14**

*Análisis correlacional entre la dimensión motivacional y la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,129	,074	1,733	,083
N de casos válidos		109			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Se evidencia en la tabla 14 que no existe relación entre la dimensión emocional y la ATF con un p-valor de 0.083 >0.05, se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula.

### Hipótesis Específica 3

**H1:** Existe relación significativa entre la dimensión cognitiva y ATF.

**H0:** No existe relación significativa entre la dimensión cognitiva y ATF.

**Tabla 15**

*Análisis correlacional entre la dimensión cognitiva y la ATF en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022.*

---

		Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,092	,071	1,294	,196
N de casos válidos		109			

---

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

La tabla 15 señala que no existe relación entre la dimensión emocional y la ATF con un p-valor de 0,196 >0.05, se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula.

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal el determinar la relación entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022; conformado por 109 pacientes de la estrategia de sanitaria de tuberculosis, entre hombres y mujeres mayores de edad pertenecientes al programa de TBC. Es pertinente señalar que el presente estudio no se interesó en analizar variables de control, como sexo, edad, grado de instrucción, etc., debido a que la relevancia del estudio priorizaba analizar la posible relación entre dos variables que en el contexto peruano no han sido estudiados como tal.

Respecto a la hipótesis general planteada, se evidenció mediante prueba estadística Tau-b de Kendall, que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico, siendo el valor  $p=0.046$ ;  $p<0.05$ , por lo que se aceptó la hipótesis de estudio y se rechazó la hipótesis nula; se utilizó el estadístico Tau-b de Kendall debido a que los valores ordinales tienen empates a nivel de dimensiones entre las variables, donde la desesperanza posee tres dimensiones al igual que la variable adherencia al tratamiento; asimismo el valor del coeficiente de correlación Tau-b fue de 0.141, que en la escala de correlación la sitúa en un grado bajo y positivo entre ambas variables; asimismo en la presente investigación no existieron altos niveles de desesperanza de vida en los pacientes encuestados, teniendo que 34,9% presentaron un nivel asintomático de desesperanza, el 50,5 % un nivel leve y el 13,7% un nivel moderado, siendo el 10,1% del total aquellos que además de presentar desesperanza, presentaron adherencia total al tratamiento. Es decir, pese a tener indicadores clínicos de interés y que sugieren una intervención psicológica inmediata, este último porcentaje de pacientes cumplieron con sus tratamientos. Estos resultados lo relacionamos con lo investigado por Rodríguez (2019) quien señaló que podrían deberse a una estrategia efectiva para seguir con el tratamiento o gracias a los estilos de afrontamiento de los pacientes, dado que al igual que en la presente investigación no existieron altos niveles de desesperanza; por otro lado, Alvarado y Carrión (2018) sugirieron en su estudio que los pacientes tuberculosos con un alto nivel de calidad de vida se encuentran protegidos de presentar altos indicadores de desesperanza, al mismo tiempo que, presentaron

mejores niveles de adherencia al tratamiento farmacéutico, hecho que bien podría estar replicándose en el presente estudio.

Por otra parte, se debe reconocer que en la estrategia de TBC se estaría manejando de forma eficiente el control y seguimiento para la toma de medicamentos del paciente, indistintamente del estado emocional o psicológico que esté pasando, esto se debe a que en cada uno de los centros y puestos de salud pertenecientes a la estrategia, el personal de salud se encarga de suministrar directamente el medicamento para su toma in situ a cada paciente, indistintamente del esquema que se encuentren recibiendo, además el monitoreo continuo y en tiempo real a los pacientes de tuberculosis; Sáenz (2018) sostuvo que si existe una adecuada vigilancia del factor de tratamiento será posible lograr una adecuada adherencia, es decir, que a pesar de tener pacientes que tienen indicadores moderados o severos de desesperanza están adhiriéndose correctamente a sus tratamientos farmacológicos gracias a la gestión que está manejando la estrategia de TBC.

Teóricamente, el punto de convergencia en el presente estudio analiza el principio de autoeficacia de Bandura (1997) que dentro de la gestión de los servicios de salud toma a dos partes involucradas, primero, el paciente con suficiente o al menos una base sólida respecto del compromiso con el cumplimiento del tratamiento farmacológico, y segundo, la organización de la estrategia de TBC que a través de su planificación, seguimiento, y ordenamiento logra afirmar la autoeficacia del paciente, es decir, lo involucra a tal nivel que el paciente adopta la postura que fue parte de él mismo el logro de la adherencia, asimismo la indefensión aprendida como punto angular de la desesperanza de vida estaría quedando relegada por una autogestión del paciente, orientada a acciones concretas en coordinación y participación activa con la estrategia de TBC, no obstante, encontrar que un 13,7% de los encuestados presente niveles moderados de desesperanza; requiere una intervención psicológica inmediata; lo cual es algo que bien ha sucedido en diversos estudios cuando se presenta una enfermedad que demanda un cambio radical en los estilos de vida, o que genera incertidumbre sobre la experiencia de vida futura del paciente y que genera complicaciones en la adherencia al tratamiento farmacológico (Rodríguez, 2019; Rouf et al., 2021; Ruiz et al., 2020; Yang et al., 2018).



Hay que tener presente que si bien la indefensión aprendida para Beck et al. (1974) es un sistema de conceptualizaciones que generan un deterioro en el plano psicológico y cognitivo, pues lo invalida el generar respuestas autónomas con percepción o proyección positiva a futuro, esta propuesta según González (2020) debería dejar sin acción y sin motivación a toda persona que haya experimentado una incapacidad real de poder vencer o afrontar la enfermedad, pero el detalle de la discusión no puede concluir en que los pacientes del presente estudio que presentan niveles moderados de desesperanza (13,7%) se encuentren atravesando por un proceso de indefensión frente a la tuberculosis como enfermedad, sino que aun pese a ello el paciente idea estrategias de afrontamiento para el cumplimiento de su tratamiento. Esto quiere decir, que para que el proceso de indefensión este presente debería al menos presentarse un porcentaje de los encuestados que se sitúen en un nivel de no adherencia al tratamiento farmacológico, dato que no se colige con los resultados de este estudio (0% de los pacientes mostraron no adherencia al tratamiento en todos los niveles de desesperanza). Por tanto, cuando Abramson et al. (1978) mencionaron que la desesperanza podría tener consecuencias negativas sobre los pacientes con enfermedades crónicas o incurables, se encontraron muy seguramente con factores externos que no apoyaban el cambio de perspectiva del paciente respecto de su proceso de enfermedad y su vida futura.

Sin embargo, en la actualidad, la gestión en los servicios de salud han generado aportes tecnológicos en la evolución de esquemas de tratamiento de enfermedades que antes se consideraban incurables, han generado un trabajo dinámico y articulado entre equipo de salud, entorno social y paciente (Gili & Roca, 2004), con la finalidad de restablecer en forma rápida el bienestar físico, emocional y mental de los pacientes han generado estrategias de prevención de la enfermedad en los cuidados de salud, han generado redes de apoyo y monitoreo de pacientes no adherentes con la finalidad de lograr la toma completa e ininterrumpida de los esquemas de tratamiento farmacológico según la enfermedad, por lo que, se ha mejorado la autoeficacia tanto a nivel organizacional como a nivel individual, hablando específicamente del paciente, de allí que se observa que el 24,8% de los pacientes presentan un nivel alto en la dimensión personal ante el tratamiento, un 40,4% del total de pacientes evidenciaron un nivel

medio, lo que detalla en gran medida porque a pesar de presentar niveles leves de desesperanza se encuentra con buenos niveles de adherencia.

De igual forma, la dimensión relación transaccional según Martín et al. (2008), es aquella que refleja el buen trabajo propuesto por la Estrategia de TBC en la Diris Lima Este, debido a que un 38,5% de los encuestados presentaron un nivel alto de cumplimiento, es decir, que casi el 40% de los pacientes han logrado establecer buenas relaciones con el equipo de salud que lo asiste durante su proceso de enfermedad, esto se liga a la instauración del tratamiento, confección del plan a seguir para lograr el cumplimiento del tratamiento y, por último, a la interacción dinámica y de colaboración entre el paciente y su médico tratante. Del mismo modo, un 25,7% de los pacientes alcanzó un nivel medio en esta dimensión, reforzándose la idea de la buena labor en la promoción del cumplimiento del tratamiento por parte de la Estrategia de TBC.

Las limitaciones para el estudio estuvieron relacionadas principalmente por el acceso para llegar al paciente y la poca colaboración del mismo para el llenado de las encuestas. Como línea de investigación se sugiere profundizar estudios sobre el aspecto psicológico de los pacientes de TBC, y cómo afrontar dicha situación para poder brindar un soporte adecuado.

En lo que respecta al análisis de las hipótesis específicas de investigación tenemos en primer lugar que no se encontró relación estadística significativa para la dimensión emocional y la adherencia al tratamiento, siendo el valor de significancia  $p=0.368$ ;  $p>0.05$ , por tanto, se rechazó la hipótesis que hacía referencia a la existencia de correlación entre ambas. Por lo mismo, del análisis de la parte descriptiva se obtuvo que, un 89,9% de los encuestados no refirieron tener problemas asociados a esta área emocional, un 9,2% evidenció tener un nivel leve de desarrollo de malestar emocional, mientras que un 0,9% alcanzó un nivel moderado.

En contraposición a lo hallado en relación con la adherencia, Nuñez (2019) mencionó que cuando existen niveles altos de desajuste emocional o altos niveles de depresión se dará una mala adherencia al tratamiento, en su estudio halló que más del 50% de pacientes que no se adhirieron al tratamiento farmacológico era a causa de que presentaban niveles altos de depresión. Un caso muy similar fue expuesto por Ruíz et al. (2020) quien logró demostrar que en pacientes con TBC

donde prevalece un cuadro depresivo también se presentará una mala adherencia al tratamiento, acotó que cuando los niveles de depresión alcancen el nivel moderado o severo en los pacientes, estos últimos fueron proclives a incumplir con el tratamiento y adecuada toma de medicamentos. Para nuestro caso particular, no se ha podido demostrar esta relación estadística considerando que, en la muestra trabajada no ha habido niveles altos sobre malestar o problemas en la dimensión emocional; al mismo tiempo que los valores de adherencia total en los pacientes encuestados con nivel asintomático, leve y moderado de desesperanza de vida, fue del 67%, y aquellos que registraron una adherencia parcial fueron el 33%, lo que implica ver que no hubo casos de pacientes con nivel de no adherencia y con nivel moderado de desesperanza, estos datos permiten comprender que la adherencia al tratamiento farmacológico está asegurada por parte de la Estrategia de TBC, la gestión de esta dependencia está siendo tan efectiva que a pesar de hallarse niveles de desesperanza moderados, más del 70% de ellos se encuentran totalmente adheridos al tratamiento.

Con respecto al análisis de la dimensión motivacional, no se registró relación estadística significativa con la adherencia al tratamiento, obteniéndose como valor de significancia  $p=0.083$ ;  $p>0.05$ , lo que permitió rechazar la hipótesis nula de investigación que planteaba la existencia de relación entre ambas. Del análisis descriptivo se obtuvo que un 67,7% de los pacientes encuestados presentaron un nivel asintomático en esta dimensión, un 26,6% de ellos alcanzó un nivel leve de malestar en la dimensión motivacional, y solo un 5,5% de ellos presentó un nivel moderado de afectación en el área motivacional, para Rodríguez (2019) abordar la desesperanza, y sobre todo el componente motivacional o de expectativas a futuro es relevante porque permite tener fortalecidos los estilos de afrontamiento, lo que previene que escalen aún más los niveles de desesperanza en el paciente. En concordancia con ello, según Walker et al. (2018) encontraron que los pacientes que se encontraban desmotivados respecto a sus futuros tuvieron una alta probabilidad de abandono del tratamiento, sobre todo cuando los niveles de desesperanza en esta área se hallaban en un grado moderado o severo. En el presente estudio, el 5,5% de pacientes que obtuvieron un nivel moderado de afectación motivacional presentaron una adherencia parcial al tratamiento, lo que permite señalar que, en caso de alcanzar niveles más severos sobre el área

motivacional o de expectativas futuras, podría incrementar los niveles de ansiedad y con ello desencadenar casos de abandono de tratamiento o mala adherencia (Mohamedhussein et al., 2020; Rouf et al., 2021).

Finalmente, para la última hipótesis específica planteada no se encontró una relación estadística significativa entre la dimensión cognitiva y la adherencia al tratamiento, siendo el valor de significancia  $p= 0.196$ ;  $p>0.05$ , por lo que se rechazó la hipótesis nula de investigación, no hallándose una relación significativa entre ambas. A entender de Molla (2019) la dimensión cognitiva tiene que ver con los pensamientos anticipatorios de tenor negativo en los pacientes, se deben principalmente a que las cosas no le resulten como desean en el presente, al mal funcionamiento en las diferentes áreas de la vida, o un futuro incierto. Al procesar de esta forma la realidad, el paciente experimenta culpa y se genera una baja autoestima. Para entender cómo se presentó esta dimensión en los pacientes de la Estrategia de TBC, podemos basarnos en el análisis descriptivo, donde encontramos que un 66,1% de los pacientes entrevistados perfilaron un nivel asintomático en esta dimensión cognitiva, un 29,4% de este grupo presentaron nivel leve, y un 4,6% de ellos evidenciaron un nivel leve de afectación en la dimensión cognitiva.

En primer lugar, podemos atribuírselo a los niveles en la dimensión de relación transaccional de la adherencia al tratamiento, donde un 38,5% de la muestra de pacientes alcanzó un nivel bueno de relación con el equipo de salud que lo asiste durante el proceso de enfermedad por TBC, por otra parte, un 25,7% de los pacientes presentaron un nivel medio en la dimensión de relación, lo que de alguna forma permite que los pacientes no perciban su entorno como negativo y puedan estar adheridos en forma parcial o total a sus tratamientos.

En concordancia con ello, los autores Azizi et al. (2018) indicaron que, en una muestra de 298 pacientes, al trabajarse el Modelo de Creencias que es un sistema de pensamientos de los pacientes de TBC, determinaron que tuvo una influencia positiva para lograr la adherencia terapéutica. De igual forma, As'hab et al. (2022) evidenciaron que cuando se trabajaron técnicas psicológicas de enfoque cognitivo conductual como la Terapia de Aceptación y compromiso, lograron reducir los niveles de ansiedad, de depresión, de desesperanza e ideación suicida en pacientes de TBC multidrogoresistente, además lograron el incremento de los

niveles de adherencia al tratamiento, tanto es así que podemos afirmar que los pacientes de la Estrategia de TBC no estarían presentando esquemas cognitivos irracionales o negativos que les generen una mala adherencia al tratamiento farmacológico.

## VI. CONCLUSIONES

**Primero:** Se concluye que existe relación significativa entre la desesperanza de vida y la ATF de los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, siendo dicha relación muy significativa con un p-valor de  $0.046 < 0.05$ .

**Segundo:** Se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión emocional y ATF de los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, teniendo un  $p=0.368$ ;  $p > 0.05$ .

**Tercero:** Se concluye que no existe relación significativa entre la dimensión motivacional y la ATF de los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, siendo  $p=0.083$ ;  $p > 0.05$ , este resultado permitió considerar que dentro de la Estrategia de TBC a pesar de que los pacientes presenten niveles de desesperanza en la dimensión motivacional se presentarán niveles de adherencia parcial o total frente al tratamiento farmacológico.

**Cuarto:** Se concluye que no existió relación significativa entre la dimensión cognitiva y ATF de los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, teniendo que  $p=0.196$ ;  $p > 0.05$ .

## VII. RECOMENDACIONES

**Primero:** Se plantea que la Diris Lima Este tome como base estadística los datos obtenidos en la investigación, y que a partir de ello se implemente un plan de apoyo psicológico a pacientes de la estrategia sanitaria de TBC y a sus familiares.

**Segundo:** Se sugiere implementar campañas de sensibilización a la población con TBC, sobre la importancia del autocuidado en la salud mental, con el objetivo de mejorar los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes de la estrategia sanitaria.

**Tercero:** Se sugiere se trabajen campañas de acercamiento entre la población y el equipo de salud de la estrategia sanitaria de TBC, con la finalidad de generar un mejor vínculo y conocimiento sobre los profesionales de la salud que en algún momento les puedan ayudar, esto beneficiará la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud.

**Cuarto:** Se recomienda profundizar investigaciones sobre el aspecto psicológico de los pacientes de TBC, y cómo afrontar dicha situación para poder brindar un soporte adecuado.

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Selieman. M. y Teasdale. J. (1978). Learned Helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Alvarado, L. & Carrión, G. (2020). Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, Centro de Salud Lauriama, Barranca, 2020. (Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo).
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A., & Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 69-79. ISSN 1560-909X
- As'hab, P., Keliat, B., & Wardani, I. (2022). The effects of acceptance and commitment therapy on psychosocial impact and adherence of MDR-TB patients. *Journal of public health research*, 11(2), 2737. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2737>
- Azizi, N., Karimy, M., & Naseri, V. (2018). Determinants of adherence to tuberculosis treatment in Iranian patients: Application of health belief model. *J Infect Dev Ctries*, 12(9), 706-711. ISSN 1972-2680
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of Control. New York: Freeman.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: The New American Library, Inc
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bernal, C. (2016). Metodología de la investigación para administración, economía y ciencias sociales (3da ed.). México: Pearson Educación.
- Burga, A. & Infante, I. (2021). *Relación entre Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida del Adulto Maduro con Diabetes Mellitus Tipo 2, Hospital La Noria – 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego] <https://acortar.link/pBtVaV>
- Canales, F., Alvarado, E., Pineda., (1994). *Metodología de la Investigación (2<sup>da</sup> ed.)*. Organización Panamericana de la Salud. <https://cutt.ly/7N0d1ss>.



- Center for Disease Control and Prevention (2013) *Nota Informativa: Tuberculosis Extremadamente Resistente. Division para la Erradicación de la Tuberculosis*. Recuperado de: <https://acortar.link/pBtVaV>
- Chávez, N. (2001). *Introducción a la investigación educativa*. Maracaibo: Editorial Ars Gráficas S.A.
- Dávila, D. (2014). *Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. [Tesis de especialidad, Universidad San Martín de Porres]. <https://acortar.link/pBtVaV>
- Espinoza, E. & Alger, J. (2020). Ética y conducta responsable en investigación: Una mirada a través de la Revista Médica Hondureña. *Revista de Medicina Hondureña*, 88(1), 33-37; <https://doi.org/10.5377/rmh.v88i1.11597>
- Gili, M., & Roca, M. (2004). *Adherencia en Medicina*. En: Cañas, F, & Roca, M. (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica, 2007. 3-14.
- Giraldo, N., Valencia, D., & Cardona, J. (2017). *Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: Revisión sistemática y metanálisis*. *Infectio 2018*; 22(3): 124-130. DOI: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v22n3/0123-9392-inf-22-03-00124.pdf>
- González, L. (2020). *Desesperanza aprendida y evitación al éxito laboral en colaboradores de una empresa pública de Chiclayo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://acortar.link/pBtVaV>
- Haynes R., Taylor D., Sackett D., Gibson E., Bernholz C., Mukherjee J. (1980). Can simple clinical measurements detect patient non-compliance? *Hypertension*, 2(6), 757-64. <https://doi.10.1161/01.hyp.2.6.757>.
- Hernández R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3era ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Houben, R., & Dodd, P. (2016). The Global Burden of Latent Tuberculosis Infection: A Re-estimation Using Mathematical Modelling. *PLoS Med* 13(10): e1002152. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002152>

- Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación Holística*. (Tercera edición). Fundación SYPAL, Venezuela.
- Iriarte, D. (2021). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis atendidos en un hospital de Huancayo, de octubre a diciembre del 2021*. [Tesis de especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener]. <https://acortar.link/pBtVaV>
- Kuznik, A., Hurtado, A., & Espilgar, A. (2020). El Uso de la Encuesta de Tipo Social en Traductología. Características Metodológicas. *MONTI*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265119729015>.
- Lagos, M., Rodríguez, J., Peña, C.; & Farga, V. (2017). Recomendaciones en el tratamiento de la tuberculosis sensible (Según las Guías ATS/CDC/IDSA. 2016). *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(1), 54-61. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482017000100008>
- Lepkowski, J. M. & et al. (2008). *Advances in Telephone Survey Methodology*. Nueva York: Wiley.
- Mamani, M. (2017). *Factores de Riesgo Asociados a Tuberculosis Extensamente Resistente en Pacientes Multidrogorresistentes de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, 2017*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://acortar.link/pBtVaV>
- Martín, L.; Bayarre, H., & Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana Salud Pública*, 34(1), ISSN 1561-3127. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012).
- Medrano, R. & Rodríguez, C. (2019). *Nivel de Incertidumbre y Desesperanza Aprendida en Pacientes con Cáncer de Cuello Uterino del IREN Sur, Arequipa 2018*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Agustín. Arequipa).
- Mendoza, R. & Domínguez, J. (2018). *Calidad de Vida y Adherencia al Tratamiento en Personas con Tuberculosis Atendidas en Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros Vega, Red Desconcentrada Sabogal Essalud, Callao – 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias y Humanidades]. <https://acortar.link/pBtVaV>

- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis*. <https://acortar.link/pBtVaV>
- Ministerio de Salud. (2020). *Memoria 2016-2020: Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis – DPCTB*. MINSA.
- Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis*: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
- Mohammedhussein, M., Alenko, A., Tessema, W. & Mamaru, A. (2020). Prevalence and Associated Factors of Depression and Anxiety Among Patients with Pulmonary Tuberculosis Attending Treatment at Public Health Facilities in Southwest Ethiopia. *Enfermedad y tratamiento neuropsiquiátricos*, 16, 1095–1104. <https://doi.org/10.2147/NDT.S249431>
- Molla, W. (2019). *Desesperanza y Agresión en Adolescentes Reincidentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal).
- Núñez, S. (2019). x. CONCYTEC. Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Artículo Informativo*: Recuperado el 21 de octubre del 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Artículo Informativo: En el Día Mundial de la Tuberculosis, la OPS pide aumentar la inversión en los servicios contra la enfermedad*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/23-3-2022-dia-mundial-tuberculosis-ops-pide-aumentar-inversion-servicios-contra-enfermedad>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Informe: Tuberculosis*. Recuperado de: [https://www3.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4075:tuberculosis&Itemid=0](https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4075:tuberculosis&Itemid=0).
- Overmier, J. (1986). Lecciones Estratégicas de la Desesperanza Aprendida. *Revista Latinoamericana de Psicología*. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80518303.pdf>

- Pagés, N. & Valverde, M. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4), 251-258. Epub 19 de octubre de 2020. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>.
- Panchi, P. (2020). *Desesperanza en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un Hospital Público de Quito*. [Tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22481>
- Paniagua, F., Condori, P. (Ed). (2018). Investigación científica en educación (2<sup>da</sup> ed.). <https://www.aacademica.org/cporfirio/5>
- Quispe, O. (2009). *Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, del Centro de Salud "Huáscar", Santa Anita, 2009*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).
- Rouf, A., Masoodi, M., Dar, M., Khan, M., & Bilquise, R. (2021). Depression among Tuberculosis patients and its association with treatment outcomes in district Srinagar. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 25, 100281. ISSN: 2405-5794. <https://doi.org/10.1016/j.ictube.2021.100281>.
- Ruiz, P., Cachay, R., de la Flor, A., Schwalb, A., & Ugarte, C. (2020). Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 15(1): e0227472. <https://doi.org/10.1371/journal>.
- Sáenz, A. (2018). *Adherencia al Tratamiento y los Factores Determinantes en Pacientes con Tuberculosis, Microred de Jose Leonardo Ortiz, 2018*. (Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán).
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. Jossey-Bass., M. E. P. (1975). Helplessness. On depression, development, and death, San Francisco, Freeman. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60084-5](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60084-5).
- Alloy, LB, Peterson, C., Abramson, L y Seligman, ME (1984). El estilo atribucional y la generalidad de la indefensión aprendida. *Revista de personalidad y psicología social*, 46 (3), 681.
- Tamayo, M. (2003). Proceso de Investigación Científica. *Limusa Noriega Editores*.
- Terrel, J. (2021). *Nivel de Conocimiento sobre la Tuberculosis y Adherencia al Tratamiento en Pacientes en un Centro de Salud de Los Olivos, 2021*. (Tesis de licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener).

- Ugarte, C. (2009). Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 55-57. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100012&lng=es&tlng=es).
- Ugarte, C.; Ruiz, P., Zamudio, C., Canaza, L. Otero, L., Kruger, H. & Seas, C. (2013). Association of major depressive episode with negative outcomes of tuberculosis treatment. *PLoS ONE*. 2013; 8(7): e69514. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069514>
- Walker, I., Khan, A., Khan, M., Khan, N., Ayub, R., Ghias, K., & Walley, J. (2018). Depression among multidrug-resistant tuberculosis patients in Punjab, Pakistan: a large cross-sectional study. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 22(7), 773-778. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0788>.
- Yan, S., Zhang, S., Tong, Y., Yin, X., Lu, Z., & Gong, Y. (2018). Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 98(1), 262–265.
- Zumarán-Alayo, O.R., & Meneses-La-Riva, M.E. (2021). Learned hopelessness and family dysfunction in university students in lima-peru [Desesperanza aprendida y disfunción amiliar en universitarios en lima-perú]. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40 (5), 558-562. Disponible en: <https://cutt.ly/Y2dUGH>

## ANEXOS

### **Anexo 1** Operacionalización de la variable desesperanza de vida

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel/Rango
Emocional	Sentimientos sobre el futuro	1, 6, 13, 15, 19	Ordinales	Nivel Asintomático/Normal: 0-3 puntos. Nivel Leve: 4-8 puntos. Nivel Moderado: 9-14 puntos. Nivel Severo: 15-20 puntos.
Motivacional y de expectativas futuras	Pérdida de la motivación	2, 3, 5, 9, 11, 12, 16, 17, 20	Ordinales	
Cognitiva	Expectativas sobre el futuro	4, 7, 8, 10, 14, 18	Ordinales	

### **Anexo 2** Operacionalización de la variable adherencia al tratamiento

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Nivel/Rango
Cumplimiento del Tratamiento	Cumplimiento de las indicaciones Toma de medicamentos Asistencia a consultas	1, 3, 4, 6, y 9	Ordinales	Adherencia Total: 38-48 puntos Adherencia Parcial: 18-37 puntos No Adherencia: 0-17 puntos
Implicación Personal	Implicación	8, 10, 11, y 12	Ordinales	
Relación Transaccional	Toma de dosis indicada Relación médico paciente	2, 5, y 7	Ordinales	

### **Anexo N° 3: Cuestionario De Desesperanza De Vida De Beck (BHS)**

#### A. CUESTIONARIO: Instrucciones para responder el cuestionario

A continuación, encontrará una serie de enunciados respecto de cómo se ha sentido en los días recientes, solicitamos su opinión sincera al respecto No hay respuestas correctas o incorrectas; todas son valiosas pues se refieren a su opinión. Debe contestar, colocando un Aspa (x) sobre la columna que usted considere. Sus respuestas son confidenciales y quedarán en el anonimato. Se procesarán únicamente con fines estadísticos Para responder cada pregunta: Elija uno de los grupos que aparecen y marque una X en el cuadro que Ud. Elija

ESCALA BHS DE BECK ÍTEM	RESPUESTA	
	V	F
1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor		
3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va ser así para siempre		
4. No puedo imaginar cómo va ser mi vida dentro de 10 años		
5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer		
6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa		
7. El futuro aparece oscuro para mí		
8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de gente		
9. En realidad, no puedo estar bien y no hay razón para que pueda estarlo en el futuro		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro		
11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas nunca van a marchan de la forma en que yo quiero		
15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo		
17. Es poco probable que en futuro consiga una satisfacción real		
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre		

**Anexo N° 4: Cuestionario Mbg Evaluación De La Adherencia Terapéutica (2008)**

B. CUESTIONARIO: Instrucciones para responder el cuestionario

A continuación, le presentamos 12 afirmaciones que pueden parecerse a algunos aspectos de su vida. Tendrá que leer cada una de las afirmaciones y marcar con una X sobre qué tan frecuentemente se presentan. No existen respuestas correctas e incorrectas solo les pedimos sinceridad.

Nunca = N  
 Casi Nunca = CN  
 A veces = AV  
 Casi Siempre = CS  
 Siempre = S

ÍTEMS	N	CN	AV	CS	S
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas.					
3. Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento.					
12. Tiene posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					



## Anexo 5

*Validez del instrumento desesperanza de vida*

Nº	Grado Académico	Validadores	Resultado
1	Maestra	Ventura Quiroga Mery Fiorella	Aplicable
2	Maestra	Torres Armas Magna Victoria	Aplicable
3	Maestra	Cecilia Beltrán Noblega	Aplicable

## Anexo 6

*Validez del instrumento adherencia al tratamiento*

Nº	Grado Académico	Validadores	Resultado
1	Maestra	Cecilia Beltrán	Aplicable
2	Maestra	Giovanna Jiménez Fuentes	Aplicable
3	Maestra	Cecilia Beltrán Noblega	Aplicable

## Anexo 7

*Confiabilidad del instrumento desesperanza de vida*

Categoría	Kr-20	Nº de elementos
<i>desesperanza de vida</i>	0,84	15

## Anexo 8

*Confiabilidad del instrumento adherencia al tratamiento*

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,748	12

## Anexo 9 Cálculo de muestra

**Calculadora de muestra**

Nivel de confianza: ?  95%  99%

Margen de Error: ?

Población: ?

Tamaño de Muestra:

Fuente: <https://www.questionpro.com/es/calculadora-de-muestra.html>

## **Anexo N° 10:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es brindar a los participantes de la investigación una clara explicación de la naturaleza misma, y a su vez el rol que cumplen como participantes.

La presente investigación esta conducida por: QF. Balvina Estela Palomino Ormeño teniendo como objetivo *determinar la relación entre la desesperanza de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del Distrito de Ate, 2022*

Si usted accede a participar en este estudio, la información que se recoja será confidencial y no se usaran para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Así mismo, sus respuestas serán anónimas ya que no se le solicitará su identidad.

De presentar alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

De antemano, se agradece su participación.

---

Luego de haber leído el consentimiento informado, acepto participar voluntariamente en esta investigación.

He sido informado(a) sobre el objetivo de la investigación, y reconozco que la información que yo provea en el transcurso la investigación es estrictamente confidencial, ya que el resultado de este estudio será parte de una tesis, que a la vez ayudará a realizar nuevas investigaciones. Por lo tanto, no será utilizada para ningún otro propósito fuera de lo mencionados en este estudio sin mi consentimiento.

---

**Firma del participante.**

## Anexo 11: Validación de instrumentos:

1<sup>er</sup> validador



### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA DESESPERANZA DE VIDA

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Dimensión: Emocional</b>							
1	Veó el futuro con esperanza y entusiasmo	X		X		X		
2	En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa	X		X		X		
3	Espero ser más feliz de lo que soy ahora	X		X		X		
4	Tengo gran confianza en el futuro.	X		X		X		
5	Se pueden esperar tiempos mejores que peores	X		X		X		
	<b>Dimensión: Motivacional - Expectativas futuras</b>							
6	Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor	X		X		X		
7	Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va ser así para siempre	X		X		X		
8	El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer	X		X		X		
9	En realidad, no puedo estar bien y no hay razón para que pueda estarlo en el futuro	X		X		X		
10	Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades	X		X		X		
11	No espero conseguir lo que realmente quiero.	X		X		X		
12	Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo	X		X		X		
13	Es poco probable que en futuro consiga una satisfacción real	X		X		X		

14	No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre	X		X		X		
	<b>Dimensión: Cognitiva</b>							
15	No puedo imaginar cómo va ser mi vida dentro de 10 años	X		X		X		
16	El futuro aparece oscuro para mí	X		X		X		
17	En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de gente	X		X		X		
18	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	X		X		X		
19	Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero	X		X		X		
20	El futuro aparece vago e incierto para mí.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [ X ]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: VENTURA QUIROGA MERY FIORELLA    DNI: 45822251

Especialidad del validador: GESTION EN SERVICIOS DE LA SALUD    Fecha: 26/05/2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítemo planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 MERY FIORELLA VENTURA QUIROGA  
 QUÍMICO FARMACÉUTICO  
 COP# N° 37394  
 RNE N° 433

Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>Dimensión: Cumplimiento del Tratamiento</b>								
1	Toma los medicamentos en el horario establecido	X		X		X		
2	Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta	X		X		X		
3	Asiste a las consultas de seguimiento programadas	X		X		X		
4	Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	X		X		X		
5	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.	X		X		X		
<b>Dimensión: Implicación Personal</b>								
6	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	X		X		X		
7	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.	X		X		X		
8	Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento.	X		X		X		
9	Tiene posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	X		X		X		
<b>Dimensión: Relación Transaccional</b>								
10	Se toma todas las dosis indicadas.	X		X		X		
11	Realiza los ejercicios físicos indicados.	X		X		X		
12	Usted y su médico, deciden de manera conjunta el tratamiento a seguir.	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

Opinión de aplicabilidad:    **Aplicable [ X ]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

**Apellidos y nombres del juez validador. VENTURA QUIROGA MERY FIORELLA    DNI: 45822251**

**Especialidad del validador: GESTION EN SERVICIOS DE LA SALUD – REGULACION FARMACEUTICA Y EVALUACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

**Fecha: 26/05/2022**

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde el concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguno el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítem planteados son suficientes para medir la dimensión.



.....  
**MERY FIORELLA VENTURA QUIROGA**  
**QUIROGA FARMACEUTICO**  
**COOP Nº 11791**  
**RNE Nº 433**

**Firma del Experto Informante.**

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
VENTURA QUIROGA, MERY FIORELLA DNI 45822251	BACHILLER EN FARMACIA Y BIOQUIMICA Fecha de diploma: 15/03/2013 Modalidad de estudios: -  Fecha matricula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA PERU
VENTURA QUIROGA, MERY FIORELLA DNI 45822251	QUIMICO FARMACEUTICO Fecha de diploma: 16/08/2013 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA PERU
VENTURA QUIROGA, MERY FIORELLA DNI 45822251	TITULO DE ESPECIALISTA EN QUIMICO FARMACEUTICO ESPECIALISTA EN REGULACION FARMACEUTICA Y EVALUACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Fecha de diploma: 06/09/21 Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matricula: 01/07/2014 Fecha egreso: 27/11/2017	UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA PERU
VENTURA QUIROGA, MERY FIORELLA DNI 45822251	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 10/11/21 Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matricula: 06/04/2020 Fecha egreso: 08/08/2021	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C. PERU

2<sup>do</sup> validador

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**    Aplicable [  ]    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

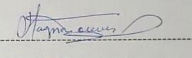
**Apellidos y nombres del juez validador:** Torres Armas Magna Victoria    DNI: 18069224

**Especialidad del validador:** Químico Farmacéutico, Maestra en Administración y Gestión de los Servicios de Salud.

**Fecha:** 30-05-2022

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
 \*\*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
 Firma del Experto Informante.  
 Mg. Magna Victoria Torres Armas  
 C@FP 02247

14	No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre	X		X			
<b>Dimensión: Cognitiva</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
15	No puedo imaginar cómo va ser mi vida dentro de 10 años	X		X		X	
16	El futuro aparece oscuro para mí	X		X		X	
17	En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de gente	X		X		X	
18	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	X		X		X	
19	Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero	X		X		X	
20	El futuro aparece vago e incierto para mí.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable [  ]    Aplicable después de corregir [  ]    No aplicable [  ]

Apellidos y nombres del juez validador: *Torres Armas Magna Victoria*    DNI: *18067724*

Especialidad del validador: *Químico Farmacéutico*    Fecha: *30-05-2022*  
*Maestro en Administración y Gestión de los Servicios de Salud*

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

*[Firma manuscrita]*  
 Firma del Experto Informante.  
*Mg Magna Victoria Torres Armas*  
*Químico Farmacéutico*  
*CAFP 02247*

## Resultado

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
TORRES ARMAS, MAGNA VICTORIA DNI 18067724	BACHILLER EN FARMACIA Y BIOQUIMICA Fecha de diploma: Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO PERU
TORRES ARMAS, MAGNA VICTORIA DNI 18067724	QUIMICO FARMACEUTICO Fecha de diploma: Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO PERU
TORRES ARMAS, MAGNA VICTORIA DNI 18067724	MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Fecha de diploma: 11/01/21 Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: 03/05/2002 Fecha egreso: 16/12/2011	UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. PERU

(\*\*\*) Ante la falta de información, puede presentar su consulta formalmente a través de la mesa de partes virtual en el siguiente enlace <https://enlinea.sunedu.gob.pe/>







CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA DESESPERANZA DE VIDA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>Dimensión: Emocional</b>							
1	Veó el futuro con esperanza y entusiasmo	X		X		X		
2	En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa	X		X		X		
3	Espero ser más feliz de lo que soy ahora	X		X		X		
4	Tengo gran confianza en el futuro.	X		X		X		
5	Se pueden esperar tiempos mejores que peores	X		X		X		
	<b>Dimensión: Motivacional - Expectativas futuras</b>							
6	Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor	X		X		X		
7	Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va ser así para siempre	X		X		X		
8	El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer	X		X		X		
9	En realidad, no puedo estar bien y no hay razón para que pueda estarlo en el futuro	X		X		X		
10	Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades	X		X		X		
11	No espero conseguir lo que realmente quiero.	X		X		X		
12	Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo	X		X		X		
13	Es poco probable que en futuro consiga una satisfacción real	X		X		X		

14	No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre	x		x		x		
	<b>Dimensión: Cognitiva</b>							
15	No puedo imaginar cómo va ser mi vida dentro de 10 años	x		x		x		
16	El futuro aparece oscuro para mí	x		x		x		
17	En la vida, espero lograr más cosas buenas que al común de gente	x		x		x		
18	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	x		x		x		
19	Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero	x		x		x		Corregir a marchar
20	El futuro aparece vago e incierto para mí.	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [ x ]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador, Mg. Q.F. Cecilia Beltrán Noblega

DNI: 23998781

Especialidad del validador: **Evaluador de farmacovigilancia**

Fecha: 05-06-2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna al enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

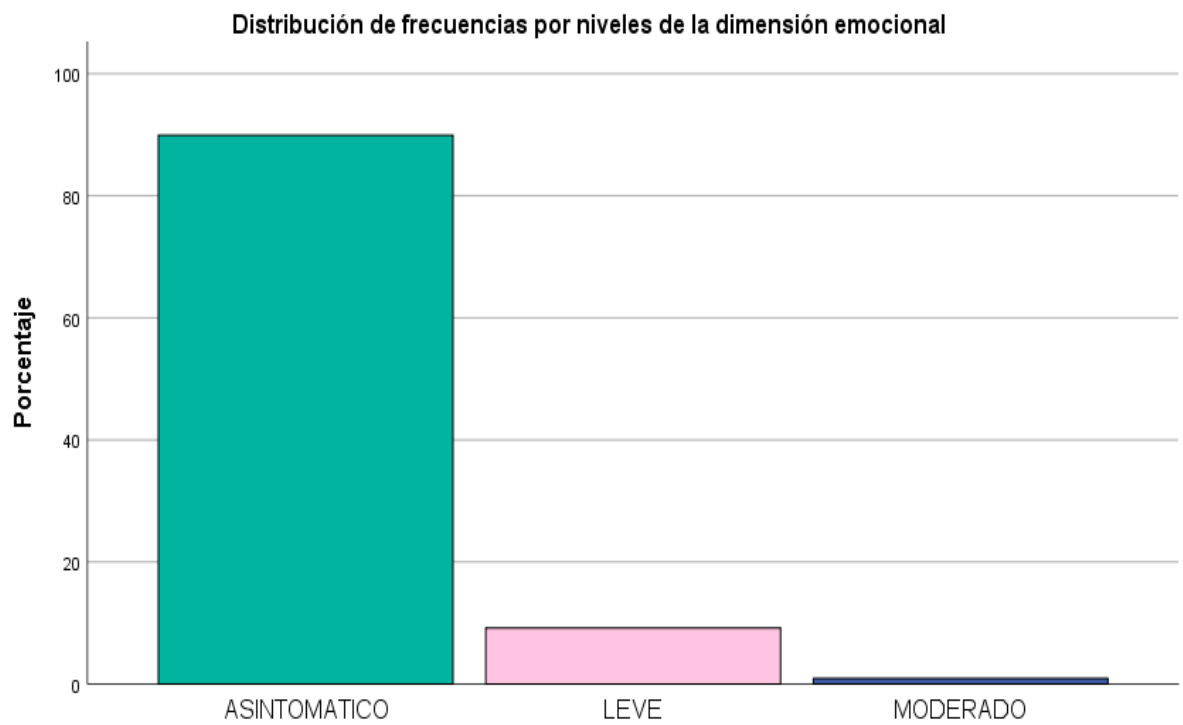
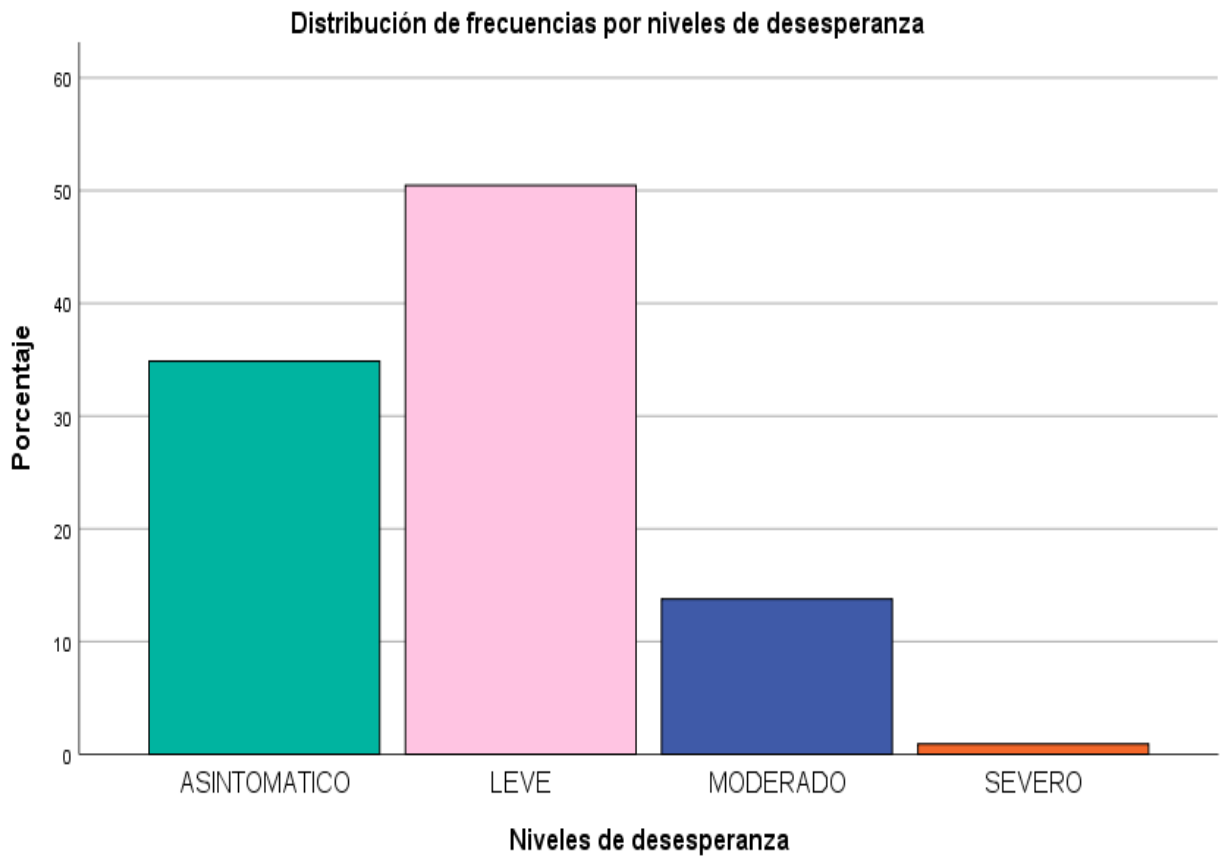
**Nota:** Suficiencia, se dice suficiente cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante:

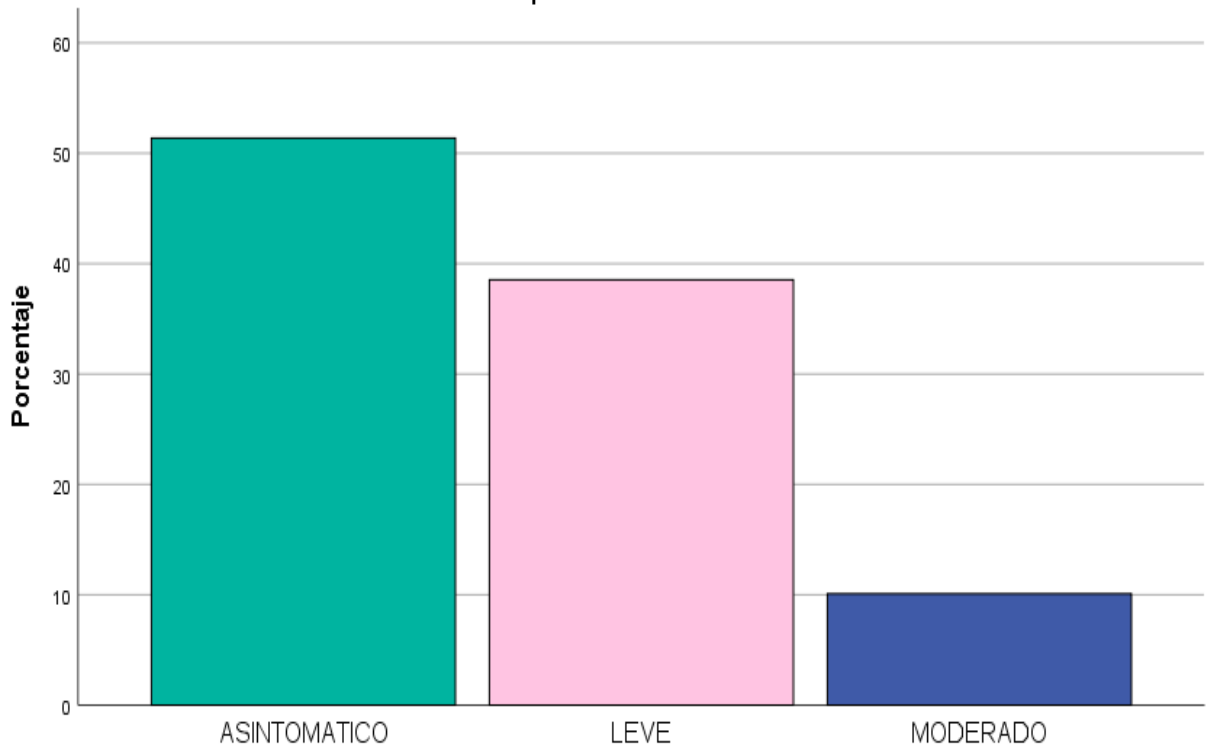
Resultado

GRADUADO	GRADO O TÍTULO	INSTITUCIÓN
BELTRAN NOBLEGA, CECILIA DNI 23998781	BACHILLER EN FARMACIA Y BIOQUIMICA Fecha de diploma: 11/08/2004 Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO <b>PERU</b>
BELTRAN NOBLEGA, CECILIA DNI 23998781	QUIMICO FARMACEUTICO Fecha de diploma: 09/11/2005 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO <b>PERU</b>
BELTRAN NOBLEGA, CECILIA DNI 23998781	TÍTULO DE MÁSTER EN FARMACOEPIDEMIOLOGÍA Y FARMACOVIGILANCIA Fecha de Diploma: 15/12/2016 TIPO: • <b>RECONOCIMIENTO</b>  Fecha de Resolución de Reconocimiento: 13/12/2018  Modalidad de estudios: Duración de estudios:	UNIVERSIDAD DE ALCALÁ <b>ESPAÑA</b>

## Anexos 12 Figuras de resultados



Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión motivacional



Distribución de frecuencias por niveles de la dimensión cognitiva

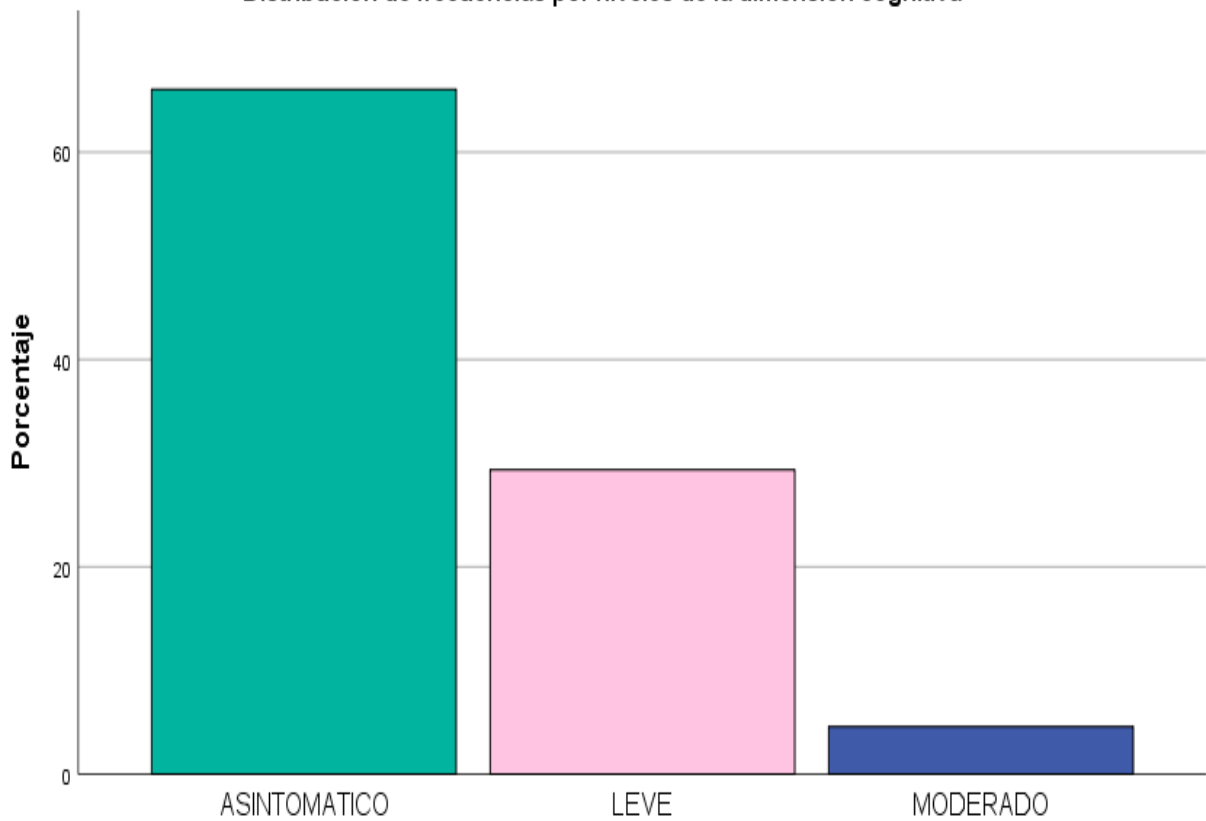
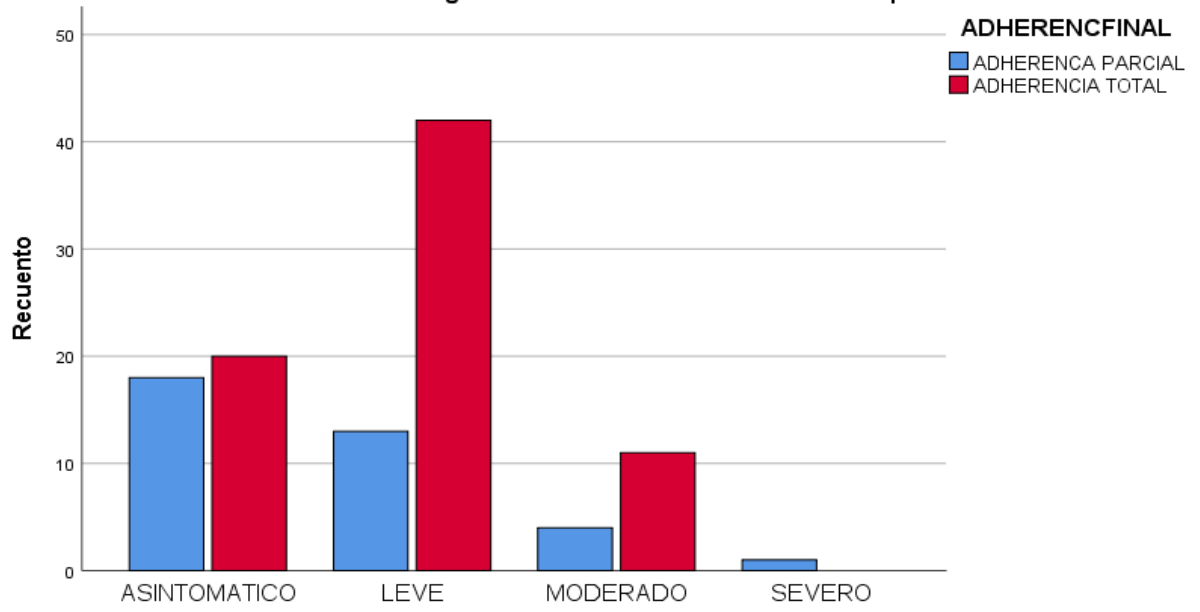


Tabla de contingencia entre las dimensiones de desesperanza



## Anexo 13 Base de datos desesperanza de vida

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	DIMENSION EMOCIONAL	DIMENSION MOTIVACION	DIMENSION COGNITIVO
0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	7	2
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2	1
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2
0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	6	4
1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	3	3
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	3	1
0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	5	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	6	4
0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	4	1
0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2
0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	4	3
0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	3	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	4	5
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	3
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2
0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	7	4
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	2
0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	4
0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	3
0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	3	3
0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	2	3	2
0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	4	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	3
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	5	3
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	3
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	3	2
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	6	3
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0



## Anexo 14 Base de datos de adherencia al tratamiento

	PA1	PA2	PA3	PA4	PA5	PA6	PA7	PA8	PA9	PA10	PA11	PA12	DIMENSION CUMPLIMIN	IMPLICACION	RELACION
M1	4	4	2	4	0	4	3	0	1	1	4	4	15	9	7
M2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	19	15	12
M3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	4	4	20	14	11
M4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	20	12	12
M5	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	20	14	12
M6	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	18	14	12
M7	3	4	3	3	2	3	4	2	2	2	3	2	14	9	10
M8	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	18	16	11
M9	4	3	1	3	2	4	2	4	2	0	2	2	14	8	7
M10	3	4	3	4	3	4	2	2	2	1	1	1	16	5	9
M11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	20	12	12
M12	4	4	3	4	4	4	1	4	4	0	1	4	19	9	9
M13	4	4	3	3	4	2	2	4	4	4	4	4	16	16	10
M14	4	4	4	4	1	4	1	4	3	4	4	4	19	16	6
M15	4	4	4	3	3	3	3	4	3	2	3	4	17	13	10
M16	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	19	15	12
M17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M18	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	20	16	11
M19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M20	2	4	3	4	4	3	4	4	4	1	3	4	16	12	12
M21	4	4	3	4	3	4	3	0	0	2	3	4	15	9	10
M22	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	19	16	11
M23	4	4	1	1	0	2	2	1	1	1	2	1	9	5	6
M24	4	4	4	3	4	4	4	1	2	3	3	4	17	11	12
M25	3	4	3	4	1	3	2	2	4	4	3	2	17	11	7
M26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M27	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M28	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	19	15	11
M29	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	19	15	11
M30	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	19	15	11
M31	4	4	4	4	0	4	4	4	4	3	4	4	20	15	8
M32	4	4	4	3	0	4	4	3	4	4	4	4	19	15	8
M33	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	20	14	11
M34	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	19	15	11
M35	4	4	3	4	0	4	4	3	4	4	4	4	19	15	8
M36	4	4	2	4	1	4	4	4	3	4	4	4	17	16	9
M37	4	4	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	19	11	10
M38	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	19	15	11
M39	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	3	4	19	14	10
M40	4	4	3	4	2	4	4	4	4	2	4	4	19	14	10
M41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	20	15	12
M42	4	4	2	4	0	4	3	4	2	3	1	4	16	12	7
M43	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	18	16	11
M44	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	3	2	12	10	6
M45	4	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2	4	14	12	6
M46	4	4	4	4	2	4	2	3	2	2	3	4	18	12	8
M47	3	4	3	2	3	2	4	3	3	2	3	2	13	10	11
M48	4	3	3	2	3	4	3	3	4	2	3	1	17	9	9
M49	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	19	14	11
M50	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	18	14	11
M51	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	20	16	11
M52	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M53	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3	2	19	11	11
M54	3	4	3	3	3	2	3	0	3	0	0	3	14	3	10

M55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M56	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	20	15	11
M57	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	11
M58	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	2	18	11	11
M59	4	3	4	3	0	4	4	4	4	4	3	4	19	15	7
M60	4	4	4	4	0	4	4	3	4	3	4	4	20	14	8
M61	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	18	16	12
M62	4	4	4	4	2	4	3	4	3	3	3	4	19	14	9
M63	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	20	16	11
M64	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20	16	12
M65	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	18	15	12
M66	4	4	4	4	1	0	4	4	0	1	0	1	12	6	9
M67	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	18	16	11
M68	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	20	16	10
M69	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	17	16	11
M70	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	19	16	11
M71	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	18	16	11
M72	4	3	3	3	3	4	4	1	1	2	3	3	15	9	10
M73	3	2	3	4	2	4	2	3	3	3	2	3	17	11	6
M74	3	4	2	3	2	3	3	2	3	0	2	3	14	7	9
M75	3	4	3	4	1	3	3	1	3	2	2	3	16	8	8
M76	3	4	2	4	2	3	2	1	3	2	2	4	15	9	8
M77	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	19	15	10
M78	2	4	2	3	0	2	1	2	2	1	2	3	11	8	5
M79	3	4	1	4	0	3	2	1	3	2	3	3	14	9	6
M80	3	4	3	4	1	2	2	0	3	2	3	3	15	8	7
M81	4	4	3	4	0	3	2	0	2	0	2	3	16	5	6
M82	4	4	3	4	0	3	2	0	2	0	2	3	16	5	6
M83	4	2	2	3	1	2	2	2	1	3	2	2	12	9	5
M84	4	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	16	11	6
M85	2	3	2	1	3	2	1	2	2	3	2	1	9	8	7
M86	3	4	2	3	1	3	0	0	2	1	2	3	13	6	5
M87	4	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	15	11	7
M88	4	4	3	3	2	3	3	2	1	2	3	3	14	10	9
M89	4	4	3	3	3	2	2	3	4	3	3	3	16	12	9
M90	3	4	2	3	1	3	2	2	2	3	2	2	13	9	7
M91	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	20	16	10
M92	3	4	2	4	0	4	2	4	3	3	4	3	16	14	6
M93	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	17	15	11
M94	4	4	4	4	1	4	4	0	4	3	4	4	20	11	9
M95	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	20	16	10
M96	3	4	3	4	3	3	4	3	4	0	4	4	17	11	11
M97	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	20	16	11
M98	4	4	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	14	9	8
M99	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	18	16	12
M100	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	18	14	12
M101	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	18	15	12
M102	3	4	3	4	2	3	4	4	1	3	3	4	14	14	10
M103	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	19	14	11
M104	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	18	14	12
M105	4	4	4	3	4	4	4	2	4	3	4	4	19	13	12
M106	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	19	14	12
M107	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	20	15	12
M108	3	4	3	4	0	4	3	0	3	2	3	3	17	8	7
M109	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	20	15	12



## Anexo 15 Resolución de aprobación del Proyecto de Investigación



### RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 5460-2022-UCV-VA-EPG-F05L01/J

Lima, 19 de noviembre de 2022

#### VISTO:

El proyecto de investigación denominado: **Desesperanza de Vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022**; presentado por el (la) Br. **Balvina Estela Palomino Ormeño** con código de estudiante N° **7002635109** del programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud – grupo A5, γ**;

#### CONSIDERANDO:

Que, la normativa de la Universidad César Vallejo, señala que el estudiante deberá presentar un proyecto de investigación para su aprobación y posterior sustentación con fines de graduación;

Que, el proyecto mencionado cuenta con opinión favorable del docente de la experiencia curricular de **“Diseño y Desarrollo del Trabajo de Investigación” Campana Añasco De Mejia Teresa De Jesus**.

Que, es política de la Universidad velar por el adecuado manejo administrativo de los documentos para cumplir las políticas internas de gestión;

Que, el (la) Jefe (a) de la Unidad de Posgrado, en uso de sus facultades y atribuciones;

#### RESUELVE:

**Art. 1°.- APROBAR**, el Proyecto de Investigación denominado: **Desesperanza de Vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022**, presentado por el (la) Br. **Balvina Estela Palomino Ormeño** con código de estudiante N° **7002635109**.

**Art. 2°.- DESIGNAR**, al docente de la experiencia curricular de **“Diseño y Desarrollo del Trabajo de Investigación” Campana Añasco De Mejia Teresa De Jesus** como asesor(a) del proyecto de investigación mencionado en el artículo 1°.

**Art. 3°.- PRECISAR**, que el (la) autor (a) del proyecto de investigación deberá desarrollarlo en el semestre en curso y excepcionalmente hasta el semestre siguiente.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Estrella A. Esquiagola Aranda  
Jefa de la Escuela de Posgrado  
Campus Lima Norte

## Anexo 16 solicitud de autorización para la investigación

Lima, de julio del 2022

Para: **MC. Max Bendezu Jaime**  
Director General  
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

Asunto: **Solicito Autorización para realizar encuestas a los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, en los Centros y Puestos de salud del distrito de Ate.**

Yo Balvina Estela Palomino Ormeño, con DNI 46833340, de profesión Químico Farmacéutico, vengo laborando en la DMID-DIRIS-LIMA ESTE, en la Oficina de Fiscalización Control y Vigilancia Sanitaria; y mediante la presente quiero solicitar autorización para poder realizar encuestas a los pacientes de la estrategia sanitaria de TBC, en los centros y puestos de salud del distrito de Ate; de esa manera poder recolectar información, para poder llevar a cabo mi trabajo de investigación, dado que estoy culminando mis estudios de Pos-grado en la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud, en la Universidad Cesar Vallejo.

El trabajo de investigación lleva por título "Desesperanza de Vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del Distrito de Ate, 2022". Cabe resaltar que en la presente investigación no se mencionara datos del paciente, nombre del centro o puesto en el que reciben tratamiento y la participación de los pacientes será de manera voluntaria firmando un consentimiento informado.

En tal sentido, agradecería que me puedan brindar las facilidades para poder recoger la información de lo antes mencionado y poder llevar a cabo mi trabajo de investigación.

Sin otro particular, me despido

Adjunto:

Carta de Presentación otorgado por la Universidad Cesar Vallejo  
Resolución Jefatura! N° 1859-2022-UCV-VA-EPG-F05L01/J-INT



QF. Balvina Estela Palomino Ormeño  
DNI 46 33340  
# cel. 920 15200

24022



## Anexo 17 Constancia de Autorización para ejecución del proyecto de investigación

CONSTANCIA N° 025 – 2022

### AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Expediente N° 24027-2022  
Expediente N° 36420-2022

El Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este por medio de la presente deja constancia que la estudiante de la maestría de Gestión de los Servicios de Salud en la Universidad César Vallejo Química Farmacéutica:

#### BALVINA ESTELA PALOMINO ORMEÑO

Investigadora principal del Proyecto de Investigación: **“Desesperanza de vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del distrito de Ate, 2022”**, con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas a mi cargo, se **AUTORIZA** el inicio de investigación, sujeto a las características que se indican en esta comunicación:

El desarrollo del Proyecto de investigación se realizará en el ámbito de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este según lo establecido en el proyecto.

Así mismo, hacemos de su conocimiento, que es importante para nuestra institución contar con **los informes de avance (cada tres meses) y el informe final**, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio para su consideración en el Análisis de la Situación de Salud de nuestra Institución.

La presente tendrá una vigencia general hasta el 05 de octubre del 2,023; no obstante, la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, podrá dejar sin efecto el desarrollo del proyecto de investigación, si las condiciones para la autorización del mismo se modificaran. Los trámites para su renovación, de ser necesario, deberán iniciarse 30 días previos a su vencimiento.

El Agustino, 05 de octubre del 2022

 MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE  
  
-----  
M.C. Max Bendezu Jaime  
CMP: 52506 RNE: 35008  
DIRECTOR GENERAL

  
MBJI/RVGE/AS/RMDR  
Cc.Archivo

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este  
Avenida Cesar Vallejo, Cuadra 13 S/N - El Agustino  
Teléfono: 3621354 – 3620765 / Anexo: 102  
www.dirislimaeste.gob.pe

 Siempre  
con el pueblo



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Este

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"  
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

El Agustino, 10 de Octubre del 2022

**OFICIO N° 3133 - 2022- DG - DIRIS- LE**

Q.F.

**BALVINA ESTELA PALOMINO ORMEÑO**

Alumna de la maestría de Gestión de los Servicios de Salud

Universidad César Vallejo

Celular: 920615200

**Presente:-**

**Asunto** : Autorización estudio de investigación

**Referencia** : Expediente N° 24027-2022 y expediente N° 36420-2022

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarla cordialmente, y a la vez hacer de su conocimiento en atención a los documentos de la referencia, a través del cual solicita la autorización para iniciar la ejecución del estudio de investigación: Desesperanza de vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC del distrito de Ate, 2022; comunicarle que luego de la revisión del protocolo de investigación y con la aprobación del Comité de Ética en Investigación a mi cargo se da la autorización correspondiente. En tal sentido, se remite la **Constancia de Autorización N° 025 - 2022** para la ejecución del proyecto de investigación, asimismo informarle que debe enviar a esta dirección el informe de avance cada tres meses y una vez culminada la investigación deberá de exponer los resultados a esta dirección.

Agradeciendo la deferencia, hago propicia la oportunidad para expresarles a ustedes las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



  
MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE  
-----  
M.C. Max Bendezu Jaime  
CNP 32506 RNE 35008  
DIRECTOR GENERAL

MBJ/JRVG/EAS/RMOR  
C.c. Archivo  
Folios ( )

Anexo 18







**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Desesperanza de Vida y Adherencia al Tratamiento Farmacológico en pacientes de la estrategia sanitaria de TBC de Ate, 2022", cuyo autor es PALOMINO ORMEÑO BALVINA ESTELA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 04 de Enero del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS <b>DNI:</b> 31035536 <b>ORCID:</b> 0000-0001-9970-3117	Firmado electrónicamente por: TCAMPANAJ el 09- 01-2023 08:57:30

Código documento Trilce: TRI - 0509522