



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

DIMENSIONES DE PERSONALIDAD SEGÚN ASPECTOS
PSICOFAMILIARES EN PERSONAS CON
TUBERCULOSIS DE LIMA

Tesis presentada por:

GERALDINE THALIA LECAROS PANIZO

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Asesor

Luis Alberto Chan Bazalar

Cód. Orcid. 0000-0002-9790-4270

Lima – Perú

2021

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

GERALDINE THALIA LECAROS PANIZO

Dr. Luis Alberto Chan Bazalar, Asesor

Mg. Manuel Arboccó de los Heros, Miembro

Dr. Lisle Sobrino Chunga, Miembro

Nombre(s) y Apellidos, Miembro

Dr. Lisle Sobrino Chunga
Decano
Facultad de Psicología y Humanidades



RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar las dimensiones de personalidad según aspectos psico-familiares de personas con tuberculosis de Lima. Su diseño es de tipo Descriptivo-Correlacional, con una muestra de 50 personas con tuberculosis, las cuales participaron en la investigación de manera voluntaria y pertenecen a diferentes centros hospitalarios de Lima.

Para el siguiente estudio se utilizó el Big Five Inventory – 15P (BFI -15P), el cual evalúa las cinco dimensiones de personalidad, Apertura (O), Responsabilidad(C), Extraversión (E), Afabilidad(A) y Neuroticismo (N); y una ficha psicofamiliar, la cual analiza como las personas cuando están enfermas se enfrentan a los problemas propios de la vida.

Los resultados demuestran correlación existente entre las dimensiones de personalidad según aspectos psicofamiliares que involucran a las siguientes variables: sexo, estado de convivencia y clima familiar.

Palabras clave: Personalidad, psicología, familia, tuberculosis.

ABSTRACT

The present research aims to study the personality dimensions according to psycho-family aspects of people with tuberculosis in Lima. Its design is Descriptive-Correlational, with a sample of 50 people with tuberculosis, who participated voluntarily and belong to different hospitals in Lima.

For the following study, the Big Five Inventory – 15P (BFI-15P) was used, which evaluates the five dimensions of personality, Openness (O), Conscientiousness €, Extraversion €, Agreeableness (A) and Neuroticism (N); and a psycho-family file, which analyzes how people when they are sick face the problems of life.

The results demonstrate a correlation between personality dimensions according to psycho-family aspects involving the following variables: sex, estate of coexistence and family climate.

Keywords: personality, psychology, family, tuberculosis.

DEDICATORIA

A mis padres Ricardo M. Lecaros y M Margarita Panizo, a mi hermana Brigitte M. Lecaros. y a mi novio Fernando I. Chong, por ser mi incentivo a diario, por todo su apoyo, comprensión y amor en este proceso de aprendizaje.

A mis mejores amigas Silvia M. Soto y Nikole J. Garrido, por su disposición, cariño y motivación constante.

A mis profesores y asesores Luis A. Chan, Juan Rivera e Ysis Roa por las herramientas y recursos brindados durante toda la etapa pre y post universitaria.



ÍNDICE

	Página
RESUMEN	4
DEDICATORIA.....	5
ÍNDICE	6
LISTA DE TABLAS	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES	12
1. Marco teórico conceptual	12
1.1. Conceptualización de la personalidad.....	12
1.1.1. Teorías de la personalidad	17
a. Teoría conductista.....	17
c. Teoría humanista	18
d. Teoría de las dimensiones	19
1.2. Tuberculosis: naturaleza, proceso y trascendencia	26
1.2.1. Tipos de tuberculosis más comunes en el Perú.....	28
a. Pulmonar.....	28
b. Extra-pulmonar.....	29
c. Según su sensibilidad y/o resistencia a medicamentos anti-tuberculosos. ...	29
1.2.2. Factores humanos asociados a la tuberculosis.....	30
a. Socioeconómicos	30
b. De contacto y hacinamiento	30

	Página
c. Comorbilidad y condiciones de riesgo	31
1.2.3. Factores biopsicosociales generales	31
a. Estilo de vida.....	31
b. Estrés	32
c. Apoyo social	34
1.3. Aspectos psico-familiares.....	37
2. Revision de la literatura.....	39
2.1. Antecedentes nacionales	39
2.2. Antecedentes internacionales	42
3. Planteamiento del problema.....	44
4. Objetivos	45
a. Objetivo general	45
b. Objetivos específicos.....	45
5. Hipótesis	46
a. Hipótesis general	46
b. Hipótesis específicas	46
6. Definiciones operacionales de términos.....	46
a. Dimensiones de personalidad	46
b. Aspecto psico-familiar	47
7. Importancia y limitaciones de la investigación.....	48
a. Importancia	48
b. Limitaciones	48
CAPÍTULO II: MÉTODO	50

	Página
2.1. Tipo y diseño de investigación	50
2.2. Participantes	51
2.3. Materiales.....	51
2.4. Procedimiento	52
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	53
3.1 Resultados descriptivos de los aspectos psico-familiares.....	53
3.2. Análisis inferencial	59
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones	67
REFERENCIAS.....	69
APÉNDICES	77

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Edades de los participantes con tuberculosis de Lima.....	53
2. Variable sexo de participantes con tuberculosis de Lima.....	53
3. Estado de convivencia de los participantes con tuberculosis de Lima.....	54
4. Lugar de nacimiento de los participantes con tuberculosis de Lima.....	54
5. Grado de instrucción de los participantes con tuberculosis de Lima.....	55
6. Personas que conviven con los participantes con tuberculosis en Lima.....	55
7. Ocupación de los participantes con tuberculosis de Lima.....	56
8. Comprensión de familiares de los participantes con tuberculosis de Lima.....	56
9. Valoración del clima familiar en los pacientes con tuberculosis de Lima.....	57
10. Participantes con tuberculosis de Lima comunican problemas con:.....	57
11. Relación afectiva de la pareja con cada uno de los participantes con tuberculosis de Lima.....	58
12. Actividades que en su tiempo libre prefieren los participantes con tuberculosis de Lima.....	58
13. Dimensiones de la personalidad, según las estadísticas de fiabilidad Alfa de Cronbach.....	59
14. Validez (Prueba de KMO Y Bartlett).....	60
15. Dimensiones de la personalidad, según las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Smirnov.....	60
16. Sexo según dimensiones de la personalidad (Prueba de Mann-Whitney).....	61

	Página
17. Estado de convivencia según dimensiones de personalidad (Prueba de Kruskal-Wallis).....	61
18. Clima familiar según dimensiones de personalidad (Prueba de Kruskal-Wallis).....	62



INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio se ha desarrollado bajo el marco de la psicología clínica y de la psicología de la salud; una asociada meramente a la evaluación, predicción y alivio de problemas de tipo psicológicos y la otra relacionada específicamente a aspectos emocionales, cognitivos y conductuales ligados al cuidado de la salud física y mental, y la enfermedad respectivamente.

Cabe resaltar que la finalidad del presente trabajo es analizar y establecer la relación existente entre las dimensiones de personalidad según los aspectos psicofamiliares de las personas con tuberculosis. Dichas variables, ligadas estrechamente a factores biopsicosociales, tales como: estilo de vida, estrés y apoyo social.

Esta investigación se conforma de cinco capítulos: El primero hace referencia al marco teórico, el cual desarrolla una amplia literatura en función a dos variables fundamentales, y, los antecedentes, de los que se desprenden estudios nacionales e internacionales. Por otro lado, el segundo capítulo comprende el tipo de diseño del trabajo, descriptivo-correlacional. En el tercer capítulo se abordan los resultados, los cuales fueron obtenidos a través de programa estadístico SPSS, los cuales se dieron a conocer mediante tablas. Asimismo, en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los mismos. Por otra parte, en el último capítulo se exponen las conclusiones finales y las recomendaciones o sugerencias. Finalmente, se visualizan las referencias y los apéndices.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

1. Marco teórico conceptual

1.1. Conceptualización de la personalidad

El concepto de la personalidad es amplio y se encuentra dentro del campo de estudio de la psicología científica; supone un constructo complejo y he ahí la importancia de la meticulosidad con lo que es conveniente ser descrito o explicado.

Desde la aparición de la etiología del término, el estudio de la personalidad se puede remontar a Grecia, puesto que, los griegos mencionaban la palabra “persona” refiriéndose a las máscaras que usaban los actores en las representaciones teatrales de esta época; las cuales les permitían personificar diferentes estilos de vida, sin dejar de lado el propio.

De la misma manera, Arboccó (2019), plantea: “la personalidad es un concepto empleado para referirnos al conjunto distinguible de nuestros rasgos mentales y comportamentales que suelen ser constantes y, por eso, nos caracterizan, haciéndonos distintos de los demás” (párr.1). Es así que se podría inferir que cada individuo, de acuerdo a sus propias experiencias, al ambiente o entorno en el que se desenvuelva, situación que se le presente o con la que tenga que lidiar, actuará de distinta manera. Pese a eso, en la mayoría de veces existirá gran coherencia entre las conductas que se proyectan y lo que constituyen sus características propias. No obstante, existen investigaciones que demuestran que las personas podrían actuar de manera totalmente opuesta a la esperada, puesto que al ser seres impredecibles, no siempre actuarán como se esperaría.

Asímismo, en el transcurso de la historia se han ido presentando distintas aproximaciones. Myers (2006), nos indica que la definición surge de la Teoría Humoral de Hipócrates, quien hace hincapié en que la homeostasis entre los humores, daban lugar a los cuatro temperamentos de la personalidad. De la misma manera, cobró un gran impacto en la psiquiatría de siglos posteriores, puesto que él atribuyó un origen fisiológico a las enfermedades, dejando de lado hipótesis divinas o mágicas propias de la antigüedad.

Posterior a ello, debido al interés de Galeno (130-200 d.C.) en ahondar sobre lo que plantea Hipócrates en su teoría, específicamente entre como se asocian los humores y los temperamentos, se establecieron cuatro tipos de personalidad: *Sanguinea, colérica, melancólica y flemática*.

En el año 1834 Spurzheim, sugirió que los rasgos de personalidad de cada individuo tienen un lugar en el cerebro, este asigna más lugares para los procesos emocionales que para los procesos intelectuales. Coloca al amor dentro de este, la agresividad en el lóbulo temporal y en la corteza parietal a la timidez. Sin embargo, a finales del siglo XIX, las características que revelaban la individualidad aumentaron. Por ello se creía que la forma del cuerpo guardaba relación con cualidades específicas de la personalidad (Kagan, 2007).

Siguiendo una rigurosa línea en el tiempo, el filósofo Cicerón (106-43), define el término "personalidad", con cuatro diferentes acepciones: 1) la forma en que un individuo se muestra frente a otras personas; 2) el rol que este individuo desempeña; 3) al conjunto de características positivas que conforman a dicha persona; d) sinónimo de prestigio y dignidad, al vocablo "persona" se le

establece un nombre según la clase social a la que corresponde el individuo, citado por Cerdá en 1985.

Por otro lado, otros teóricos han definido a la personalidad como un sistema único de pensamientos, conductas y sentimientos individuales que perdurarán a través del tiempo y, ante distintos escenarios (Morris y Maisto, 2001).

Del mismo modo, la personalidad se define como el resultado final de la psicología de cada persona. Se sabe que el cerebro del individuo es el responsable de procesar e interpretar la información, así como de reaccionar a su entorno; entonces, la manera en la que el sujeto se expresa es su personalidad.

Pese a que el término “personalidad” ha sido revisado continuamente, dando a conocer teorías y modelos metodológicos utilizados en su investigación, han resaltado cuatro anotaciones diferenciales asociados a este concepto. Según Garrido (2005): “Única”, ya que hace del cada individuo un ser único, irrepetible y diferente de los demás. “Estable”, puesto que continua evolucionando a lo largo de su ciclo de vida. “Interna”, ya que no se observa a simple vista. Sin embargo, puede inferirse de constructos operacionales externos (la conducta). “Consistente”, puesto que al existir elementos internos o una potencial estructura de personalidad, se asume que la conducta de una persona es básicamente regular, y, a pesar de las fluctuaciones ambientales, puede predecir su desempeño en diversas situaciones o contextos. La herencia genética del organismo respalda esta consistencia de translocación. A partir de este genotipo, ciertas tendencias potenciales se actualizaron para construir una desviación al actuar, a esto se le llama disposición del sujeto.

Adicionalmente, las nociones psicológicas describen a un conjunto de rasgos propios de cada individuo en tres categorías: a) según la etapa del desarrollo en la que se ubica; b) Definiendo “ajustes”, ya que lo consideran un fenómeno evolutivo, c) Considerando que las características son individuales, no son idénticas a las de otro individuo en el mismo grupo (Leal et al., 1997).

De la misma forma, Allport (1975), sostiene que la personalidad se refiere a “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (Citado por Cerdá, 1985, p. 438). En otras palabras, la personalidad se construye dependiendo del desarrollo individual de cada ser humano. Partiendo de la influencia de su entorno o contexto, es decir, las características ambientales, sociales, y genéticas, las cuales regularán su conducta.

La personalidad no solo explica el por qué de las diferencias individuales, sino también la organización interna de las experiencias y los comportamientos de estos. Además de ser reactiva, la personalidad se distingue a través de diferentes maneras en las que la persona reacciona a estímulos (Llopis, Mancha y Rodríguez, 2020).

Según Izquierdo (2002), explicar la personalidad constituye un reto, determinar y estudiar las funciones de un sistema global que permita delimitar los procesos constituyentes de lo que se entiende por personalidad, podría dar una aproximación cercana a su definición.

Añadido a lo mencionado, Alcázar (2007), compara a la personalidad con el temperamento, como una estructura de orden afectivo y operativo que da como resultado a una tendencia a comportarse de una determinada forma.

Pese a ello, el temperamento resulta no ser de tipo social y educativo en comparación a la personalidad.

Tal como manifiestan Beck y Freeman (1990), Mischel y Shoda (1995), Westen (1995), Millon y Davis (1995) y Livesley & Jang (2000), citados por Fournier, DeRubeis y Beck (2012), la personalidad se puede describir a partir de cuatro componentes: cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales, que se activan en determinadas situaciones. Acerca de esta definición comentan Heim y Westen (2007), quienes hacen énfasis en los siguientes aspectos: La personalidad es dinámica, e interactúan con ella los factores mentales, conductuales y ambientales.

La personalidad, también se concibe como un patrón de características psicológicas, las cuales radican en gran parte en el inconsciente y son difíciles de modificar. Dichos rasgos internos y generales provienen de una matriz compleja de determinantes biológicos y aprendizajes. Y, por último, constituye la manera en la que cada persona percibe, siente, piensa, afronta y se comporta (Millon, 1998).

Por otro lado, en la actualidad uno de los modelos de personalidad más relevantes, es la del modelo de los Cinco Grandes, dado a que este agrupa distintos y numerosos rasgos en una dimensión, los cuales pueden dar una representación cercana de la forma en la que el individuo responde a diferentes situaciones dentro de diferentes contextos. John y Robins (1998) definieron dichas dimensiones, y además, las reprodujo al español bajo diversas muestras.

Entonces, se infiere que la personalidad se ubica dentro del estudio del campo de la psicología, ya que: Primero, puede comprender y dar una

aproximación de los motivos que hacen que las personas actúen, sientan, piensen y desempeñen un papel en el entorno. Asimismo, la personalidad puede permitir que los individuos sepan cómo aprender del entorno. Es así como se puede definir la estructura dinámica de un individuo en particular. Compuesto por características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Seelbach, 2013).

Finalmente, en lo que refiere al estudio de la personalidad destacan las investigaciones de McCrae y Costa, quienes conciben a la personalidad como un sistema, estos autores plantean cinco factores o dimensiones de personalidad, los cuales se basan en describir las características de cada individuo en sus múltiples facetas.

1.1.1 Teorías de la personalidad

a. Teoría conductista

Watson, el padre del conductismo, estuvo de acuerdo con la teoría del filósofo John Locke, la cual hace referencia a la denominación, “*tábula rasa*”. Dicha teoría de la personalidad, indica que el infante en el nacimiento viene con la mente en blanco, y así es que el ambiente juega un rol fundamental en la determinación de su personalidad (Davidoff, 1998).

El enfoque conductual de la personalidad hace énfasis en la especificidad situacional restándole importancia a las manifestaciones internas (Pervin y John, 1998).

Finalmente, el concepto estructural de la personalidad, en el modelo E-R, indica que los estímulos se vinculan a las respuestas para formar lazos E-R. Es así que de esta relación entre E-R se dan los llamados hábitos. Los cuales muestran o se aproximan de manera sutil a la personalidad de cada individuo.

b. Teoría cognitivista

Bandura (1977), reconoce la relevancia del contexto como origen y regulador clave de la conducta en el desarrollo de la personalidad. Afirma que la manera en la que el individuo piense y actúe dependerá de este -su entorno-. Asimismo, se orienta a la posibilidad de que la conducta es aprendida a través del análisis de variables observables, los cuales no tienen que ser reforzados necesariamente. Es decir, no aparta a las casualidades que ofrece el medio ambiente ante diversos escenarios.

Por otro lado, esta teoría enfatiza a los métodos experimentales, los cuales son usados como herramientas para evaluar la personalidad.

c. Teoría humanista

Surge con la finalidad de dar un nuevo enfoque a la visión propuesta por el psicoanálisis y el conductismo. Se origina alrededor de los años cincuenta y sesenta del siglo pasado. Presenta como base influencias filosóficas, socioculturales y psicológicas; es también llamada la “tercera fuerza”.

Uno de sus máximos representantes, Maslow (1943), establece que las personas inician su desarrollo a través de la “pirámide de necesidades”. Las cuales cambian de motivación al ascender, y, de ser satisfechas pueden llevar al hombre a la auto-actualización o auto-realización.

Esta teoría abarca a la fenomenología, base epistemológica, la cual sostiene que no es necesario determinar a las personas como consecuencia de un conflicto inconsciente. Por el contrario, las describe como el resultado de

sus metas; es decir, las acciones del individuo pueden estar orientadas a conseguir o lograr el éxito (Morris y Maisto, 2005).

Asimismo, Rogers (1959), expresa que cada persona es motivada fundamentalmente al crecimiento de sí mismo, ya que nace con distintos potenciales y capacidades. A este proceso orientado al desarrollo vital, lo denominó “la tendencia a la realización”. La cual indica que cada persona es la única responsable de sus acciones, y por ende de las consecuencias de estas. De igual manera, expresa que cada ser humano es quien quiere ser, pues nada ni nadie puede determinarlo totalmente.

Por su parte, Allport (1940), señaló a los factores individuales y su relevancia en la determinación de la personalidad, mencionó que debe haber continuidad de la motivación en la vida de cada individuo.

De la misma manera, estuvo a favor de la opinión de Freud, debido a que también creía que la motivación se determina por el instinto sexual. Pese a ello, difería en que se diera de forma indefinida, ya que según él, el predominio de los instintos sexuales no perdura siempre.

d. Teoría de las dimensiones

Dentro de su estudio, destaca Eysenck en el año 1947 publica su primer obra, “Dimensiones de la personalidad”, en la cual postuló dos extensas dimensiones, extraversión y neuroticismo, ambas de origen biológico, teniendo como base teórica al modelo de Hipócrates. Más adelante, agregó otro factor, al cuál denominó Psicoticismo.

Galton (1883), hace referencia a las características particulares, descritas comúnmente como “rasgos” o disposiciones, las cuales pueden agrupar diferencias propias de cada individuo. Por otro lado, Thomae (1990),

demonstró con diversos estudios bibliométricos que estos no son distintos unos de otros, ya que los análisis correlacionales que median dichos rasgos o disposiciones arrojaban dos dimensiones, extraversión y neuroticismo, los cuales fueron denominados por Wiggins (1968), los Dos Grandes.

Posterior a ello, y debido a la exhaustiva investigación correlacional de otros estudios, se agregaron tres dimensiones: Agradabilidad, escrupulosidad y apertura. Llamadas por Goldberg en el año 1981, las Cinco Grandes Dimensiones.

Goldberg (1993) distingue dos modelos de los cinco factores; el primero llamado “Los Cinco Grandes” (Big Five), establecido a partir de la aproximación léxica (análisis del lenguaje), y la integración de los aportes de autores como Norman, Golberg, Peabody, Trapnell, Wiggins y Digman. Y, el segundo modelo de rasgos más conocidos y de mayor evidencia empírica es de “Los Cinco Grandes Factores”, conocido como el Big Five (Costa y McCrae, 1985). Ambos modelos son similares, aun así, se distinguen dos considerables diferencias en cuanto a la denominación de dos dimensiones.

John junto a otros autores en el año 2008 sostuvieron que la estructura de los Cinco Grandes representa conjuntos específicos de personalidad relacionadas entre sí. Asimismo, introdujeron el BFI en diferentes contextos culturales y en diversos lenguajes. Pese a ello, uno de los enfoques más usados y de mayor evidencia empírica es el modelo de los cinco grandes factores conocido como el Big Five de Costa y McCrae. Los investigadores Dominguez y Merino (2018), quienes han validado y adaptado la prueba a la población peruana, refieren que esta prueba es aplicable en diversas áreas de la psicología, y, asimismo, agrupa las características de la personalidad en

cinco grandes dimensiones. Estas dimensiones revelan que los rasgos del sujeto son duraderos a través del tiempo y determina como el sujeto responde ante las demandas de su entorno (Gerber et al., 2011).

Los Cinco Grandes Factores, según McCrae & Costa (2008), son:

FACTOR Y ESCALAS	DESCRIPCIÓN
<p><i>Neuroticismo vs. Estabilidad emocional "N"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● N1 Ansiedad; inclinación a la tensión y al nerviosismo, propensión a preocuparse y a experimentar miedo. ● N2 Hostilidad; tendencia a experimentar enfado, irritación. ● N3 Depresión; presencia de sentimientos de culpa, tristeza, soledad y desesperanza ● N4 Ansiedad social; manifestación de sentimientos de vergüenza, timidez, sensibilidad al ridículo e incomodidad en situaciones sociales. ● N5 Impulsividad; dificultad para el control de impulsos y necesidades, carencia de autocontrol y baja 	<p>Se asocia al bienestar o malestar psicológico, inestabilidad emocional, al afecto y las emociones negativas.</p> <p>La persona neurótica tiende a ser ansiosa, se muestra intranquila, irritable, triste, presenta dificultad para conciliar el sueño y puede padecer trastornos psicósomáticos. Experimenta emociones intensas, lo que le hace reaccionar de manera impulsiva ante cualquier estímulo, dificultándole regular sus emociones. Dicha falta de control lo limita a actuar de</p>

<p>tolerancia a la frustración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • N6 Vulnerabilidad (al estrés); dificultad para controlar situaciones de estrés, tendencia a la dependencia en situaciones interpretadas como de emergencia. 	<p>forma racional y flexible. Asimismo, presenta gran preocupación en relación al futuro y se anticipa a este teniendo ideas negativas, lo que le genera una fuerte ansiedad. Por otro lado, la persona estable suele regular sus emociones, lo que le facilita experimentar tranquilidad, gozar de buen humor, ser flexible y tomar decisiones asertadas.</p>
<p><i>Extraversión "E"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • E1 Cordialidad; capacidad para establecer relaciones cordiales con otros • E2 Gregarismo; preferencia para estar en compañía de otros. • E3 Asertividad; tendencia a estar seguro con uno mismo, facilidad para verbalizar lo que se piensa, aunque se esté en desacuerdo • E4 Actividad; necesidad de estar haciendo algo en todo momento. Se 	<p>Llamada surgencia en algunos modelos. Relacionado a la asertividad y el dinamismo. Son sociables, por lo mismo disfrutan de todo tipo de eventos en lo que hayan muchas personas, les agrada conversar, son amantes de las deportes extremos o de aventura. Muestran tendencia a la impulsividad, prefieren mantenerse en lugares en los</p>

<p>distingue por conductas motoras vigorosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • E5 Búsqueda de emociones; inclinación a aproximarse a las fuentes de estimulación, capacidad para disfrutar lo novedoso. • E6 Emociones positivas; inclinación a experimentar con frecuencia emociones de alegría, felicidad, entusiasmo y optimismo. 	<p>que no se hallen sometidos a constantes cambios, presentan una alta necesidad de pertenencia a un grupo, evitan estar solos y suelen ser despreocupados.</p>
<p><i>Apertura "O"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • O1 Fantasía; capacidad de imaginar o crear. • O2 Estética; capacidad para apreciar el arte y la belleza. • O3 Sentimientos; flexibilidad hacia los sentimientos y emociones de uno mismo, que se valoran como cosas importantes de la vida. • O4 Acciones; atracción por diversas actividades, conocer diferentes lugares, poco interés o negativa de lo convencional. 	<p>Refleja la constante reexaminación de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses; se refiere a las personas abiertas, interesadas tanto en el mundo exterior como en el interior, lo cual refleja su amplitud cultural basado en la experiencia. La Apertura se encuentra ligada especialmente con aspectos intelectuales, como es el pensamiento divergente que contribuye a la creatividad. Pero</p>

<ul style="list-style-type: none"> • O5 Ideas; apertura de mente y disfrute por los argumentos de tipo intelectual . • O6 Valores; tendencia a reevaluar los valores con contenido social, religioso y político. Rechazo del dogmatismo. 	<p>no es equivalente a inteligencia. Asimismo, Apertura a la experiencia indica flexibilidad al cambio.</p>
<p><i>Afabilidad "A"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A2 Franqueza; persona franca, sincera y algo ingenua. • A3 Altruismo; preocupación activa por los otros, generosidad. • A4 Actitud conciliadora; evitación de conflictos, cooperatividad, perdonar ofensas. • A5 Modestia; humildad sin desvalorización o inseguridad, tendencia a pasar desapercibido. • A6 Sensibilidad a los demás; tendencia a atañer buenas intenciones a los demás. 	<p>Evalúa la capacidad para establecer vínculos y preocuparse por los demás. Esta persona se muestra altruista, La dimensión Afabilidad no aparece en todos los modelos factoriales de personalidad. Persona altruista, humanitaria, crédula, sincera y sensible con su entorno.</p>

<p><i>Responsabilidad “C”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • C1 Competencia; sentimiento de creerse capaz, efectivo y resolutivo para tratar con los aspectos de la vida. • C2 Orden; propio de personas ordenadas y bien organizadas. • C3 Sentido del deber; tendencia a adherirse estrictamente a sus principios éticos y cumplir con las obligaciones. • C4 Necesidad de logro; propio de individuos con elevados estándares de aspiración y tendencia a trabajar de manera sistemática a fin de lograr sus objetivos. • C5 Autodisciplina; capacidad para dar inicio a tareas y ejecutarlas pese a diferentes obstáculos que puedan presentarse. • C6 Deliberación; tendencia considerar cuidadosamente todos los pro y contra de una decisión antes de tomarla. 	<p>Hace referencia a la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia. Se trata de personas voluntariosas, escrupulosas, puntuales y fiables, que controlan sus impulsos..</p>
---	---

1.2. Tuberculosis: naturaleza, proceso y trascendencia

En la actualidad la ocurrencia de esta enfermedad ha aumentado, hace pocas décadas era considerada una enfermedad mortal; sin embargo, en la actualidad hallazgos afirman que es curable, si es detectada y tratada a tiempo.

No obstante, sigue constituyendo una de las diez principales causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2021). Por otro lado, debido a diversas variables: psicológicas, fisiológicas, sociales y económicas, las cuales generan un fuerte impacto, es reconocida como una problemática que amenaza o afecta la salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), es definida como una enfermedad infecciosa que a menudo afecta a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio en pacientes con enfermedad pulmonar activa. Puede afectar a cualquier persona en cualquier lugar, pero no necesariamente todos quienes han sido expuestos desarrollarla. Algunos estudios indican que existe mayor incidencia en adultos, y, más casos de hombres que mujeres. Países de carga elevada que en número suman 30, representan casi el 90% de las personas que enferman, siendo Brasil el primero en número de casos confirmados en latinoamérica y Perú el segundo (OMS, 2019).

Por otro lado, durante el Congreso Internacional de Enfermedades Infecciosas (2000), se explicó que la tuberculosis es más frecuente en las personas jóvenes, ubicadas entre los 15 hasta los 45 años.

En el Perú, el Ministerio de Salud (2021), indica que es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable. Generada por el Bacilo de

Koch, el cual puede atacar cualquier organismo del cuerpo, pero que en la mayoría de casos afecta a los pulmones.

Según Morán y Lazo (2001), existen 4 factores que contribuyen al resurgimiento de la enfermedad:

- El aumento de la población marginal con problemas de pobreza, hacinamiento, etc.
- El deterioro de los programas de control de esa enfermedad en muchos países.
- VIH/SIDA
- La drogorresistencia de las cepas de *Mycobacterium tuberculosis*.

El 10% de las personas infectadas con el bacilo de la TBC presentan un mayor riesgo de enfermar de tuberculosis. Sin embargo, dicho riesgo es mucho más grande para aquellos individuos que presentan un sistema inmunológico dañado, como sucede en situaciones de infección por VIH, malnutrición o diabetes, o en personas que consumen tabaco. (OMS, 2016).

Explica la OMS (2021), cuando en la forma activa de la enfermedad se presentan los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc), estos pueden ser leves durante muchos meses. A consecuencia de ello, sucede que los pacientes pueden tardar en buscar atención médica, y , así ir esparciendo la bacteria a otras personas. En el transcurso de un año, una persona con tuberculosis no controlada puede infectar a un número de 10 - 15 personas por contacto directo. Debido a ello, dos terceras partes de estos individuos fallecen.

Pese a ello, los síntomas dependen del área del cuerpo afectada. Cuando estas bacterias se propagan en los pulmones, puede producir los

siguientes síntomas: Tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo, la cual emerge desde lo más profundo de los pulmones. Sin embargo, otros síntomas son: Debilidad o fatiga, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre y sudores nocturnos. Las personas que presentan la infección latente no muestran signos ni síntomas y tampoco contagian a los demás. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

Los bacilos de la TBC pueden permanecer latentes en el organismo durante un largo periodo hasta que una disminución de las defensas les da la oportunidad de multiplicarse y producir los síntomas. Por ello la importancia de mantener un balance positivo entre los factores predeterminantes, específicamente los de tipo biopsicosocial, en el desarrollo de la enfermedad y el impacto negativo que podrían causar en la salud pública.

1.2.1. Tipos de tuberculosis más comunes en el Perú

Según el Ministerio de Salud (2013), en la publicación de su norma técnica de salud para las personas afectadas por tuberculosis, se pueden explicar de la siguiente manera:

a. Pulmonar

Este tipo de TBC, afecta únicamente al pulmón, al ingresar el Bacilo de Koch dentro de estos dos campos pulmonares, lo deteriora formando pequeñas lesiones cavitarias o cavernas. Este diagnóstico puede darse con compromiso en el parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica. (bacioscopía, cultivo o prueba molecular).

b. Extra-pulmonar

Es cuando la TBC, se diagnostica en órganos distintos a los pulmones. El diagnóstico se da a través de un cultivo, una prueba molecular con resultado positivo, evidencia histopatológica y/o evidencia clínica de enfermedad extra-pulmonar activa.

Cuando hay compromiso pulmonar y extra-pulmonar, se conoce como TBC pulmonar. Asimismo, cuando se trata de TBC miliar se define como TBC pulmonar.

Cuando existe se ve afectada la pleura o los ganglios a nivel intra-torácico, sin anomalías radiográficas en parénquima pulmonar, constituye una TBC extra-pulmonar.

c. Según su sensibilidad y/o resistencia a medicamentos anti-tuberculosos.

Es cuando el paciente con TBC, según la prueba de sensibilidad muestra resistencia a todos o determinados medicamentos.

- *TBC pansensible*, el paciente presenta sensibilidad a todos los medicamentos anti-TBC.
- *TBC drogoresistente*, el paciente evidencia resistencia a la Rifampicina o Isoniacida.
- *TBC multidrogoresistente (TBC MDR)*, el paciente posee resistencia a la Rifampicina e Isoniacida.
- *TBC extensamente resistente (TBC XDR)*, el paciente tiene resistencia a la Rifampicina e Isoniacida, fluoroquinolonas, inyectables de segunda línea.

1.2.2. Factores humanos asociados a la tuberculosis

En su estudio acerca de los factores asociados a la tuberculosis, Avalos-Rodriguez et al. (2014), nos menciona tres variables importantes; las socioeconómicas, las de contacto y hacinamiento, y las de antecedente y comorbilidades.

No obstante, Molina, et al. (2020), nos describe un perfil biopsicosocial del paciente con tuberculosis y los factores que se asocian a la adherencia terapéutica. Los cuales guardan estrecha significancia con los expuestos en una primera instancia.

De la misma manera, el Ministerio de Salud (2013), con su ficha de investigación epidemiológica, da un alcance cercano sobre los factores que pueden relacionarse a los casos y eventos de tuberculosis.

Es así que, de acuerdo a estos apartados, se tomó en consideración la división y subdivisión de factores humanos asociados a la TBC, considerando:

a. Socioeconómicos

Comprendidos por: la edad, el sexo, el grado de instrucción, la ocupación, y la clase social.

b. De contacto y hacinamiento

Comprenden: contacto con pacientes TBC, contacto con paciente abandonador recurrente de tratamiento antituberculoso, contacto previo con fallecido por TBC, contacto TBC intradomiciliario, número de personas por habitación y reclusión previa.

c. Comorbilidad y condiciones de riesgo

Asociadas: Portador de VIH, diabetes, uso de corticoides, hospitalización previa, persona en estado de abandono, consumo de drogas, consumo de alcohol y estado de malnutrición.

1.2.3. Factores biopsicosociales generales

Tomando en cuenta, los estudios de distintos autores que abordan temas relacionados a la psicología de la salud, y orientando dicha información a un modelo biopsicosocial, Martín (2003), indica aspectos psicológicos que intervienen en el transcurso de la enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables y la adopción de conductas preventivas, esta disciplina juega un rol fundamental. Entre los factores biopsicosociales más relevantes:

a. Estilo de vida

En la actualidad se reconoce como un factor determinante para el desarrollo de una enfermedad. En la década de los 80, el interés por la investigación sobre estilos de vida saludables alcanzó su punto máximo. Asimismo, hasta la actualidad este concepto ha sido objeto de investigación por ciencias como el psicoanálisis y la sociología. Y, desde décadas atrás, por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. Se describe como la manera en que la persona o grupos llevan su vida a lo largo del tiempo (Pastor, 1999).

Otros autores lo describen como un conjunto de patrones afectivos – emocionales y cognitivos – conductuales, los cuales muestran consistencia y pueden contribuir al bienestar o constituir una amenaza respecto a la salud física o mental de cada individuo.

Literalmente, Barrio, et al. (2006), indican: “Cuando hablamos de estilo de vida, nos referimos a la manera con la que cada uno de nosotros pensamos, sentimos y realizamos nuestra vida; abarca nuestro trabajo, relaciones, creencias, aficiones, ocio, tipo de alimentación, percepciones que tengamos sobre el mundo, la sociedad, los demás, etc.” (p. 38).

Para el teórico Bourdieu (1991), el estilo de vida guarda relación con el concepto de hábito, definido como esquema social que se posee para actuar, pensar y sentir. Ya que, estos, hacen que personas quienes viven en entornos sociales parecidos tengan cierta inclinación a compartir similares estilos de vida.

Entonces, se infiere que el estilo de vida es el resultado constante de la interacción entre factores biogenéticos, ambientales, sociales, económicos, educativos y psicológicos. No obstante, estos se pueden modular, haciendo cambios en los hábitos, construyendo formas creativas, asertivas y responsables de asumir la vida.

b. Estrés

Alrededor de los años 30 del siglo pasado, el investigador Selye acuñó el término “*stress*”, el cual significa “*tensión nerviosa*”. Este teórico, en el año 1974, definió el estrés como “*la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce*” (p. 74). Para él, lo característico del estrés reside en el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica.

El estrés, según American Psychological Association (APA, 2013), es definido como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento que puede afectar a cualquier persona, y consigo traer consecuencias en la salud física y mental. Es descrito como el resultado de una experiencia emocional

molesta seguida de cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales predecibles.

En la actualidad la palabra estrés se de manera común en nuestro lenguaje, y la denotación que se le ha atribuido es la de una variable causal en la mayoría de las enfermedades, y, por consecuencia de malestar físico o emocional. Pese a ello, es un elemento normal de nuestras vidas, y por ende inevitable (Barrio et al., 2006).

Según Martín (2003), el estrés constituye un factor psicológico de riesgo para la aparición de enfermedades. Igualmente, ella menciona 3 enfoques que pueden acercarse a su explicación:

- En respuesta a estímulos agresores del medio ambiente.
- En respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas.
- Como modelos transaccionales, dados de la interacción entre el individuo y su entorno. Los cuales otorgan un papel fundamental a los afrontamientos y a las emociones.

Estudios acerca del estrés han permitido el desarrollo de la psiconeuroinmunología, la cual ha probado la posibilidad de que el sistema inmunológico este mediado por variables psicológicas.

Por otro lado, también permite explicar y estudiar el papel que ejerce la personalidad y las emociones sobre la salud. Asimismo, reconoce el desarrollo de intervenciones de tipo psicológicas para la mejora de la inmunidad y por ende la modificación de la predisposición a las enfermedades tanto infecciosas como cronicodegenerativas. Por ejemplo, cuando una persona se estresa

genera hormonas, cuando estas aumentan en todo el organismo la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada, ya que el estrés neutraliza la resistencia inmunológica pasajeramente. Sin embargo, si el estrés es persistente e intenso esta neutralización puede volverse duradera (Martín, 2003).

No obstante, refiere que existen diversos factores personales que puede hacer pasar, a la persona, de la salud a la enfermedad. Entre ellos, la ansiedad, la hostilidad, la ira y la agresividad, son variables predisponentes al estrés. Además, las variables cognitivas: cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos e ideas irracionales, ejercen una gran importancia en los trastornos emocionales. Asimismo, se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad. Esta magnitud hace pensar que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar o el colesterol elevado, en otras palabras, una importante amenaza a la salud.

c. Apoyo social

Las características sociales se relacionan de manera directa o indirecta a las condiciones de salud física y mental de las personas. A lo largo del tiempo, el apoyo social ha jugado un rol especial en el bienestar de los individuos. Debido a ello, han sido objeto de estudio, las respuestas patológicas en individuos ante determinadas condiciones de vida, en comparación a otros sanos, pese a ser expuestos a condiciones idénticas. Debido a lo expuesto,

con el propósito de ahondar sobre el impacto del estrés en la salud, es que el apoyo social cobra relevancia.

El término “Apoyo social”, fue descrito como la totalidad de recursos provistos por otros individuos (Cohen y Syme, 1985).

Por otra parte, Barrera (1986), ha sugerido tres grandes dimensiones: el grado de integración social, el apoyo social percibido y el apoyo social provisto.

Según Martín, Sánchez y Sierra, (2003), el apoyo social se divide en tres tipos de funciones:

- a. *Función emocional*, asociada a variables como el confort, el cuidado y la intimidad;
- b. *Función informativa*, relacionada a brindar consejo y orientación.
- c. *Función instrumental*, relacionada a la ayuda directa a manera de servicios o recursos.

Pese a que cada tipo de función mencionada, en cuanto al bienestar del individuo, puede ser importante, estos tres tipos de funciones se dan específicamente en el caso de enfermedades graves (Trunzo y Pinto, 2003).

Por otro lado, para Dolbier y Steinhardt (2000), el apoyo social se puede concebir y evaluar desde dos diferentes enfoques:

- Enfoque cuantitativo, (o integración social), se orienta al número de conexiones en una red social de apoyo.
- Enfoque cualitativo, se orienta en la existencia de relaciones significativas y la percepción que tiene la persona del apoyo existente.

Entonces, se puede inferir que tanto la cantidad como la calidad del apoyo social parecen tener un impacto relevante en el bienestar y la salud de cada persona.

Existe una significativa relación entre el estrés y el apoyo social, por ejemplo, en el efecto que posee sobre la actividad fisiológica; es decir, el contar con mayor apoyo social se vincula con un adecuado nivel de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, las catecolaminas y función inmune (Uchino, Cancioppo y Kielcolt, 1996). De la misma manera, aumenta la flexibilidad cognitiva y un mejor desempeño en los roles necesarios para afrontar el estrés.

Asimismo, la calidad y la cantidad de relaciones que cada persona establece en el transcurso de su vida puede tener un impacto en su actividad fisiológica, lo cual se asocia a problemas de salud. Por ejemplo, motivar a la búsqueda de atención médica, el ejercicio, la alimentación saludable, desincentivar el uso de sustancias psicoactivas o brindar una sensación de bienestar emocional que neutralice o inhiba los efectos negativos del estrés, son conductas adaptativas saludables que podrían ser el resultado del apoyo social.

Por otra parte, la ansiedad y la depresión y el debilitamiento inmunológico y alteraciones cardíacas (efectos fisiológicos), son producto de una inadecuada canalización del estrés, lo cual podría ser el resultado de la ausencia de apoyo social. Entonces, se puede contemplar el efecto que tienen las emociones sobre los problemas de salud (Barra, 2003).

El apoyo social proporciona al individuo sentimientos positivos que pueden incentivarlo a velar por sí mismo, a establecer relaciones sociales positivas y a hacer uso de sus recursos para afrontar el estrés. Lo cual lo lleva

a aumentar su resistencia a las enfermedades y reforzar los lazos afectivos con sus redes de apoyo. Además, a nivel neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular, el estrés podría tener una influencia directa en la morbilidad y la mortalidad (Uchino, Cancioppo y Kielcolt, 1996).

1.3. Aspectos psico-familiares

La familia es la primera estructura social donde vive, crece y se desarrolla cada ser humano. Conformada por individuos que se relacionan entre sí, ya sea porque comparten vínculos afectivos, de consanguinidad y de convivencia diaria. Entre los tipos de familia, según Roman, Martín y Carbonero (2009), se puede distinguir la siguiente organización:

- Familia Nuclear: También llamada convencional, tradicional o conyugal. Es el tipo de familia que está compuesta por dos generaciones, ambos padres e hijos.
- Familia Extensa o compleja: Este tipo de familia está constituida tres o más generaciones o por la relación de consanguinidad de personas, tales como: padres, abuelos, tíos, primos, sobrinos, etc.
- Monoparental (Madre o padre): Es el tipo de familia que está compuesto por uno de los progenitores, es decir, el padre o la madre, ya sea por fallecimiento o separación.
- Reconstruida: También llamada, reorganizada o binuclear. Este tipo constituye dos núcleos familiares heterosexuales u homosexuales parcialmente unidos. En esta estructura conviven diversos subsistemas familiares, es decir, la nueva pareja de cada uno de ellos, los hijos tenidos en la nueva unión, los hijos de una relación anterior, etc.

Entre los tipos de estado conyugal, según INEI (2017), se encuentra:

- *Conviviente*
- *Separado (a)*
- *Casado (a)*
- *Viudo (a)*
- *Divorciado (a)*
- *Soltero (a)*

Por otro lado, en cuanto refiere a la dinámica familiar Valladares (2008), nos indica que esta puede verse afectada por diversas variables:

- **Desorganización:** Se da por diferentes causas, tales como: enfermedad somática o siquiátrica, alcoholismo, drogadicción, discapacidad importante de algún miembro, un paciente en estadio terminal que crea desequilibrio afectivo, bajo nivel cultural, condiciones inadecuadas de la vivienda, etc.
- **Desmoralización:** Es cuando se violentan los valores éticos, morales, ideológicos, legales, etc, de la familia: conducta antisocial de sus miembros, encarcelamiento, abuso sexual, maltrato psicológico y físico, negligencia, etc

Según Ackerman (1966), la familia debe cumplir las funciones siguientes:

- Satisfacer las necesidades afectivas de sus miembros.
- Satisfacer las necesidades físicas o de subsistencia.
- Establecer patrones positivos de relaciones interpersonales.
- Permitir el desarrollo individual de cada uno de sus miembros.
- Promover el proceso de socialización.
- Estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros.

- Promover un sistema de valores e ideología.

La familia en el transcurso de la vida pasa por diversos cambios, los cuales generan un gran impacto en cada uno de los seres que la constituye, es así que, mientras exista una mayor adaptación y reajustes en el proceso, el cual trae consigo cambios, será más funcional.

2. Revision de la literatura

2.1. Antecedentes nacionales

Sumar y Wade (2019), en su investigación: *“Relación entre rasgos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de un establecimiento de salud de Lima-Sur”*, trabajo de diseño correlacional y de tipo predictivo transversal en la que participaron 67 personas de los distritos de Lima-Sur, las cuales fueron evaluadas con el Big Five Inventory (BFI) y la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT); evidenciaron que existe una relación positiva entre la adherencia al tratamiento y los rasgos de personalidad.

Pillaca (2013), en su trabajo: *“Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESC-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber”*, un estudio de diseño aplicativo, tipo cuantitativo y de método descriptivo de corte transversal, a través de la técnica *“Entrevista”* y el instrumento COPE evaluó a 30 personas pertenecientes a La Victoria - Lima. Entre los resultados indicaron que las estrategias de afrontamiento se encuentran presentes en la mitad de la población y todo lo contrario en la otra mitad. Las estrategias más usadas en estos pacientes, se orientaban a evocar toda su energía a continuar con su

tratamiento. Por otro lado, la otra mitad percibía más relevante la emoción por aprender algo cuando se está enfermo, respectivamente.

Belito, et al. (2014), en su estudio: *“Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud”*, usaron el método descriptivo de corte transversal. En dicho trabajo participaron 30 pacientes, pertenecientes a la ESN-PCT del centro de Salud “Santa Rosa” de San Juan de Lurigancho – Lima. El cuestionario Brief Cope fue aplicado a 30 pacientes. Se encontró que el 86,6% de la población utiliza el afrontamiento activo, el 73,3% de la población siempre utiliza la aceptación y el 53,3% utiliza la autodistracción como medio de afrontamiento. Por otro lado, de la dimensión estrategias centradas en el problema la que más utilizan es el afrontamiento activo.

Cassaretto (2009), en su estudio denominado: *“Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios”*, usó el tipo no experimental y de diseño ex post facto con método de tipo sustantivo y de nivel correlacional. Para este estudio se utilizó una ficha sociodemográfica, el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) y, el Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE), las cuales se aplicaron a 342 estudiantes de una universidad de Lima Metropolitana. Los resultados demostraron relaciones significativas entre dichas variables. Así, neuroticismo se encontraba relacionado de manera positiva con los otros estilos (llamado maladaptativo) de afrontamiento; extraversión se asoció a el estilo centrado en la emoción. Y, por último, conciencia se correlacionó al estilo centrado en el problema de forma positiva y de forma negativa con el estilo maladaptativo.

Falcón (2017), en su trabajo de investigación: *“Relación existente entre estilos de afrontamiento al estrés y los rasgos de personalidad en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)”*, uso un diseño de estudio básico de tipo no experimental, en el que hizo uso del Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE), el Inventario de los Cinco Factores (NEO-FFI) y la Ficha Sociodemográfica. Se aplicó dichos cuestionarios a 58 padres de niños con diagnóstico TEA, 49 madres y 9 padres, cuyos hijos oscilaban entre las edades de 3 – 10 años, pertenecientes a 9 Instituciones Educativas y una Asociación vinculada al Autismo en Lima Metropolitana. Entre los resultados se halló una correlación alta entre los estilos de afrontamiento al estrés y los rasgos de personalidad. Para el estilo de afrontamiento centrado en el problema, se encontraron relaciones altas con todos los rasgos de personalidad, a excepción de agradabilidad, donde se obtuvo una correlación moderada; mientras que para el estilo de afrontamiento centrado en la emoción se obtuvo una correlación moderada con el rasgo extraversión y agradabilidad y correlaciones altas con los demás rasgos. Finalmente, se obtuvo una correlación muy alta entre el estilo de afrontamiento evitativo y el rasgo neuroticismo, correlación moderada con extraversión y correlaciones altas con los demás rasgos.

Córdova y Zela (2014), en su trabajo: *“Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con habilidades diferentes en el departamento de Puno – 2014”*, desarrollaron una investigación de diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional. Para ello, usaron el Inventario Personal Neo PIR y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Su muestra estuvo conformada por 45 padres de cuatro Centros Educativos

Básicos Especiales del departamento de Puno. Los resultados evidenciaron que los rasgos de personalidad predominantes son responsabilidad, amabilidad y extraversión; y las estrategias con predominio son resolución de problemas y expresión emocional, así mismo se encontraron correlaciones directas y significativas entre neuroticismo-retirada social, extraversión-resolución de problemas, extroversión-expresión emocional, extroversión- apoyo social, apertura- pensamiento desiderativo, responsabilidad-resolución de problemas, responsabilidad-reestructuración cognitiva; y correlación indirecta y significativa ente neuroticismo-resolución de problemas, neuroticismo- reestructuración cognitiva, extroversión-pensamiento desiderativo, extroversión-retirada social.

2.2. Antecedentes internacionales

Martínez (2017), en su tesis doctoral: *“Relación entre rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología”* utilizó el Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman para la evaluación de las dimensiones de la personalidad y el COPE-48, para la evaluación de las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se aplicaron los cuestionarios a 261 participantes pertenecientes a . Siendo los diagnósticos más prevalentes los trastornos de adaptación (37,9%) y del estado de ánimo (35,6%). En los resultados encontraron que cada una de las dimensiones de personalidad se relacionan con estrategias específicas de afrontamiento. Particularmente, Neuroticismo-Ansiedad tuvo una asociación positiva con estrategias de expresión emocional, mientras que Sociabilidad se asoció positivamente con la búsqueda de apoyo social. Las características de

personalidad explicaron mayor variabilidad de las estrategias Centrarse en las Emociones y Desahogarse, Negación y Afrontamiento Activo del Problema.

Gonzalez y Martinez (2014), en su estudio “Estrategias de afrontamiento y personalidad en la adaptación de jóvenes a su práctica deportiva. Diferencias de género”, utilizaron la metodología descriptiva y correlacional, de tipo transversal. Asimismo, la muestra se compuso por 119 jóvenes con edades comprendidas entre 11 y 19 años de Murcia - España, administrando el Inventario NEO de los Cinco Factores (NEO-FFI) y Estrategias de Afrontamiento (CSI). Los resultados muestran que los chicos presentan una media superior tanto en el manejo adecuado como en el manejo inadecuado de estrategias de afrontamiento, que las chicas. Además, puntúan más alto en las estrategias de afrontamiento de autocrítica; apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social, mientras que las chicas puntúan más alto en resolución de problemas, pensamiento deciderativo y expresión emocional.

Sánchez (2016), en su tesis doctoral: “*Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud*”, presenta una investigación no experimental y de corte transversal, descriptiva y comparativa. Creo un cuestionario el cual medía variables sociodemográficas, salud física, salud psicológica (cuestionario de salud SF-36, cuestionario de satisfacción personal y cuestionario de satisfacción vital), y para las variables de personalidad (cuestionario de Brief-COPE y el MIPS), en 211 profesionales de la salud quienes pertenecen a diferentes Centros de Salud de Atención Primaria y Hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid - España. Los resultados arrojaron: Individualismo (favoreciendo a

los varones) y Protección (favoreciendo a las mujeres). Sin embargo los resultados de esta investigación afirman que son los varones sanitarios los que están motivados a satisfacer primero a los demás (Protección, Sentimiento y Aquiescencia) y las mujeres sanitarias utilizan más la lógica (Pensamiento). Parece que los patrones de intereses de varones y mujeres en iguales ocupaciones (profesionales sanitarios mayoritariamente mujeres) sean más similares que los de personas del mismo sexo en profesiones diferentes.

Molina, et al. (2020), exponen las características del perfil biopsicosocial de la persona con tuberculosis y su relación con la adherencia terapéutica. Utilizando, el Cuestionario sociodemográfico confeccionado por las autoras. El Cuestionario Apoyo Social MOS (*The Medical Outcomes Study Social Support Survey*), que midió el número de amigos y familiares significativos para el participante. La Escala de evaluación de la cohesión y flexibilidad familiar (FACES III). La Escala de autoeficacia general. Y, la Escala de autoestima de Rosenberg, que mide los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, con un puntaje total de 40 puntos, a mayor puntaje mayor autoestima. A través de un estudio comparativo, transversal, correlacional en una muestra de 90 pacientes tratados de 35 centros de Salud Familiar en Iquique. El cual demostró que los componentes *biopsicosociales* presentaron una relación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica.

3. Planteamiento del problema

En las últimas décadas la Psicología clínica ha desarrollado su campo de acción en el trabajo interdisciplinario de la intervención psicoterapéutica asociada a enfermedades propias de las ciencias de la salud. Es así, que esta

investigación también se asocia directamente a la psicología de la salud, puesto que en nuestro país, debido a diferentes problemas socioeconómicos, culturales, nutricionales, conductuales, emocionales y cognitivos, se ha dado como resultado un grupo de diversas enfermedades, entre ellas la tuberculosis. El tratamiento médico ha resultado eficiente, pero la personalidad, los malos hábitos y, estilos de vida personal y social, de alguna manera podrían interferir en la recuperación total de la persona. Con base en lo anteriormente reseñado se planteó la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre las dimensiones de personalidad según aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima?

4. Objetivos

a. Objetivo general

Analizar y establecer la relación que existe entre las dimensiones de personalidad según los aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.

b. Objetivos específicos

- Analizar los aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.
- Determinar la fiabilidad de las dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.
- Presentar la relación entre el aspecto “Sexo” según las dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.

- Demostrar la relación entre el aspecto “Estado de convivencia” según las dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.
- Mostrar la relación entre el aspecto “Clima familiar” según las dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.

5. Hipótesis

a. Hipótesis general:

Existen diferencias significativas entre las dimensiones de personalidad según los aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.

b. Hipótesis específicas

- H₁: Existen diferencias significativas entre el “Sexo” según las dimensiones de la personalidad y los aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.
- H₂: Existen diferencias significativas entre el “Estado de convivencia” según las dimensiones de la personalidad y los aspectos psico-familiares, en personas con tuberculosis de Lima.
- H₃: Existen diferencias significativas entre el “Clima familiar” según las dimensiones de la personalidad y los aspectos psico-familiares, en personas con tuberculosis de Lima.

6. Definiciones operacionales de términos

a. Dimensiones de personalidad

Según Costa y McCrae (1985), entre las cinco dimensiones de personalidad se encuentran:

- *Apertura (Openness; O)*: Asociada a la capacidad del ser humano de buscar nuevas experiencias en sus vidas (apertura mental), y también a la capacidad de visualizar el futuro de manera creativa. Se relaciona a la extroversión, el intelecto, el interés por aprender o estar informado, la cultura y costumbres distintas.
- *Responsabilidad (Conscientiousness; C)*: Mide la capacidad de reflexión, necesidad de logro, motivación, escrupulosidad, orden, diligencia, perseverancia y consistencia de la persona.
- *Extraversión (Extraversion; E)*: Guarda relación con las interacciones sociales, el grado de actividad, dinamismo, dominancia y energía. Asimismo, la locuacidad en cada individuo.
- *Afabilidad (Agreeableness; A)*: Define si la persona es cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática.
- *Neuroticismo (Neuroticism; N)*: Evalúa el grado de inestabilidad emocional, si la persona es ansiosa, preocupada constantemente, irritable, impulsiva y vulnerable.

b. Aspecto psico-familiar

Condiciones de una persona respecto a los vínculos sentimentales que tiene con otros individuos del mismo o diferente sexo y que son reconocidos bajo diversos criterios.

7. Importancia y limitaciones de la investigación

a. Importancia

La investigación es factible debido a su relevancia teórica y práctica. Teórica, ya que puede servir de apoyo para conocer el tipo de personalidad en las personas con tuberculosis, según diversos factores sociodemográficos y de convivencia familiar. Por otro lado, es práctica, ya que promueve o da a conocer información relevante para el aprendizaje de estilos de vida saludable, ello a modo de prevenir enfermedades futuras, las cuales generan un impacto negativo en la salud física y emocional de la persona afectada. Asimismo, se pueden llevar a cabo actividades en la prevención de abandonos de tratamiento anti TBC, apoyo socio-familiar, ejercicios de relajación anti-estrés, entre otros. Y, por último, favorece a la psicoterapia, ya que a través de los resultados se puede idear un plan de intervención, dependiendo las características propias de cada individuo.

b. Limitaciones

Debido a que la investigación está diseñada de acuerdo a los lineamientos de formación de instituciones sanitarias de Lima, sólo será factible utilizarla en ese margen de área y espacio. La investigación, no podrá generalizarse a instituciones sanitarias privadas, ni a otros puntos diferentes a Lima. Los resultados que se obtengan del trabajo realizado sólo serán válidos para aquellas instituciones de donde se obtuvo la muestra y no podrán ser generalizados a toda la población o universo. Algunos participantes no pudieron asistir a realizar los cuestionarios a los por el miedo al contagio de Covid-19. Por otro lado, hubo personas tímidas y desconfiadas las cuales no

desearon participar en la investigación. Se han tomado los cuestionarios sólo a pacientes de 5 centros de salud.



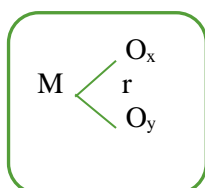
CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

Teniendo en cuenta las características del problema estudiado y de la muestra en la que se llevó a cabo la presente investigación, en un sentido amplio, es de tipo no experimental, y en un sentido más específico es de tipo descriptiva, puesto que solo se limita a la descripción de aquellos sucesos ocurridos en un determinado momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño de investigación es el descriptivo correlacional, por cuanto este diseño fue utilizado: “para establecer la intensidad de la relación entre dos variables en momentos distintos y así poder inferir cierto grado de causalidad entre dichas variables” (Buendía Eisman, 2000: 114). De esta manera se correlacionaron las variables de estudio, a partir de las puntuaciones totales obtenidas tras la administración de los instrumentos empleados.

El diagrama del diseño sería:



M= muestra de estudio

O_x= medida de la V.I. (dimensiones de personalidad)

O_y= medida de la V.D. (aspectos psico-familiares)

r = grado de correlación

2.2. Participantes

La presente investigación estuvo dirigida a estudiar la conducta de las dimensiones de personalidad según aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.

El trabajo realizado contó con 50 participantes que acudieron a diversos centros de salud en Lima. Estos servicios íntegramente gratuitos para todas las edades indistintamente; para efectos de nuestro estudio se consideró a personas con diagnóstico de TBC, cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 65 años. Igualmente, se tuvo en cuenta a personas de ambos sexos, diversas relaciones de pareja, entre otros.

La selección de esta muestra se realizó de forma no probabilística (Hernández et al., 2014), tomando para ello una muestra cautiva, pre-seleccionada en función de los objetivos establecidos en esta investigación.

2.3. Materiales

Se emplearon dos cuestionarios, cuidadosamente seleccionados, de los cuales uno de ellos no se encuentra adaptado a la realidad peruana:

- a. **Big Five Inventory (BFI) (Benet-Martinez & John, 1998):** Se utilizó la versión validada en Perú (Dominguez & Merino, 2018), que consiste en 15 ítems de 5 opciones de respuesta y va desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. Evalúa las siguientes dimensiones de personalidad: *Apertura “O”*, (3 ítems); *Responsabilidad “C”*, (3 ítems); *Extraversión “E”*, (3 ítems); *Afabilidad “A”*, (3 ítems) y *Neuroticismo “N”* (3 ítems).

b. Ficha de los aspectos psico-familiares

El cuestionario se encuentra constituido por 12 ítems, de respuesta múltiple, los cuales comprenden factores *socioeconómicos* y *psico-familiares*.

2.4. Procedimiento

En primer lugar, se llevaron a cabo las coordinaciones pertinentes con cada una de las enfermeras encargadas de cada programa, junto con cada uno de los miembros de sus equipos.

En segundo lugar, se dieron las debidas explicaciones a cada uno de los participantes y, se les aplicó individualmente la ficha de los aspectos psico-familiares y el instrumento BFI-15, todo ello de manera anónima.

Por último, se informó la finalidad del presente trabajo. Por tal motivo, se les pidió contestar con la mayor sinceridad a cada interrogante y/o expresiones, puesto que la información obtenida únicamente será utilizada para efectos de la investigación.

Los materiales fueron aplicados en 5 diferentes instituciones sanitarias, las cuales serán denominadas de la siguiente manera: A, B, C, D y E de Lima Metropolitana. En las cuales, fueron evaluadas 21, 12, 7, 6 y 4 personas de manera respectiva. Debido a la coyuntura actual, los cuestionarios fueron también administrados por las enfermeras responsables de cada institución sanitaria, quienes tuvieron una preparación previa. Asimismo, cada evaluación se desarrolló en un espacio abierto y tomando en consideración la privacidad de cada uno de ellos.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 Resultados descriptivos de los aspectos psico-familiares

Tabla 1

Edades de los participantes con tuberculosis de Lima.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 26 años	24	48
27 a 35 años	13	26
36 a 44 años	3	6
44 años a más	10	20

n = 50

En la tabla 1, se muestran las edades correspondientes de los participantes de la muestra de estudio. Como se puede visualizar, el rango de edad que se presentó con mayor frecuencia fue el de 18 a 26 años. Por otro lado, el rango de edades que presentaron una menor frecuencia fue el de 36 a 44 años.

Tabla 2

Variable sexo de participantes con tuberculosis de Lima.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	22	44
Masculino	28	56

n = 50

En la tabla 2, se puede observar que más del 50% de los participantes son hombres, lo cuál demuestra que hay un mayor número de varones que enferman de tuberculosis.

Tabla 3

Estado de convivencia de los participantes con tuberculosis de Lima.

Estado de convivencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado (a)	5	10
Conviviente	8	16
Separado (a)	11	22
Soltero (a)	26	52

n = 50

En la tabla 3, se puede observar que más del 70% de los participantes son separados o solteros, lo cuál demuestra que hay un menor número de participantes que son casados o conviven con otras personas tuberculosis.

Tabla 4

Lugar de nacimiento de los participantes con tuberculosis de Lima.

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Lima (Capital)	27	54
Lima (Provincia)	2	4
Costa	6	12
Sierra	12	24
Selva	1	2
Extranjero	2	4

n = 50

En la tabla 4, se puede observar los participantes de Lima (Capital) y de la sierra son más en número que las personas que Lima (Provincia), costa, selva y extranjero.

Tabla 5

Grado de instrucción de los participantes con tuberculosis de Lima.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria completa	2	4
Primaria incompleta	5	10
Secundaria completa	15	30
Secundaria incompleta	7	14
Superior completa	11	22
Superior incompleta	10	20

n = 50

En la tabla 5, se puede observar que más del 50% de los participantes no cuentan con estudios superiores.

Tabla 6

Personas que conviven con los participantes con tuberculosis en Lima.

Personas con las que conviven	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con la familia de mi hijo(a)	1	2
Con mi pareja	3	6
Con mi pareja e hijos	8	16
Con mi(s) hijo(s) y/o hija(s)	5	10
Otros familiares	2	4
Solo(a)	5	10
Sólo padre y/o madre	7	14
Un/ambos padres y hermanos	14	28
Un/ambos padres y mis hijos	5	10

n = 50

En la tabla 6 se puede apreciar que un mayor número de personas con tuberculosis viven dentro de familias nucleares.

Tabla 7

Ocupación de los participantes con tuberculosis de Lima.

Ocupación actual	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desempleado	25	50
Empleo de medio tiempo	3	6
Empleo de tiempo completo	3	6
Estudiante	8	16
Trabajador independiente	11	22

n = 50

En la tabla 7, se puede observar a un 66% de personas que se encuentran sin empleo. Siendo un 50% de estas desempleadas, y, un 12% estudiantes.

Tabla 8

Comprensión de familiares de los participantes con tuberculosis de Lima

Comprensión familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tu(s) padre(s)	13	26
Tu(s) hermano(s)	9	18
Tu(s) hijo(s)	8	16
Tu pareja	6	12
Con la familia de mi hijo(a)	1	2
Otros familiares	2	4
Amigo(s)	10	20
Nadie	1	2

n = 50

La tabla 8, indica que un 74% de los participantes se sienten comprendidos por los miembros de su familia nuclear o monoparental. Lo cual permitiría un mejor afrontamiento de la enfermedad.

Tabla 9*Valoración del clima familiar en los participantes con tuberculosis de Lima.*

Valoración clima familiar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Agradable	20	40
Suelen solucionar sus problemas	17	34
Aburrido	1	2
Cada uno hace su vida	10	20
Feo por los problemas	2	4

n = 50

En la tabla 9, se puede apreciar que un 76% de los participantes califica el clima familiar en su hogar como óptimo, puesto que indicaron vivir en un entorno agradable y que suelen solucionar los problemas.

Tabla 10*Participantes con tuberculosis de Lima comunican problemas con:*

Con quienes conversan sus problemas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mamá y/o papá	18	36
Hermano(a)	7	14
Hijo(s)	5	10
Pareja	7	14
Otros familiares	2	4
Amigo(s)	3	6
Nadie	8	16

n = 50

En la tabla 10, se puede observar que un 16% de los participantes no confía sus problemas a nadie. Por otro lado, un 84% de estos conversan sus problemas con sus familiares o parejas, la mayoría con sus padres (36%).

Tabla 11

Relación afectiva de la pareja con cada uno los participantes con tuberculosis de Lima.

Relación afectiva con las parejas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Siento que le importo	1	2
Colabora en el hogar	7	14
Suele conversar con la familia	6	12
No me comprende	1	2
Suele estar de mal humor	3	6
Es autoritario(a), mandón(a)	1	2
No tiene pareja	31	62

n = 50

En la tabla 11, se puede apreciar que un 62% de los participantes no tienen pareja en la actualidad. Por otro lado, un 28% del total tiene una relación positiva con sus parejas. Sin embargo, un 10% presenta problemas con ellas.

Tabla 12

Actividades que en su tiempo libre prefieren los participantes con tuberculosis de Lima.

Tiempo libre	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ve televisión, películas o series por mucho tiempo	7	14
Duermo más de lo necesario	2	4
Paso mucho tiempo en las redes sociales	3	6
Practico juegos en línea	3	6
Leo libros o artículos de interés	4	8
Practico algún deporte	7	14
Paso tiempo en familia	6	12
Prefiero salir con mi(s) amigos(s)	4	8
Otros	14	28

n = 50

Según la tabla 12, se puede apreciar que un 12% de los participantes prefiere pasar tiempo en familia, mientras que un 4% duerme más de lo necesario, un 6% indica pasa mucho tiempo en las redes sociales y un 6% practica juegos en línea. Pese a ello un 14% de los participantes practica algún deporte, 8% lee libros o artículos de interés, 14% ve televisión, películas o series, 8% prefiere salir con sus amigos y un 28% prefiere hacer otro tipo de actividad.

3.2. Análisis inferencial

Tabla 13

Dimensiones de la personalidad, según las estadísticas de fiabilidad Alfa de Cronbach.

Casos	Frecuencia	Porcentaje (%)	Estadísticas de Fiabilidad Alfa de Cronbach				
			E	N	A	C	O
Válidos	50	100.0	.621	.647	.845	.757	.558
Excluidos	0	.0					

N = 50

Según la tabla 13, se visualiza a cada una dimensión de la personalidad con los siguientes puntajes estadísticos: Extraversión (E): .621, Neuroticismo (N): .647, Agradabilidad (A): .845, Responsabilidad (C): .757 y Apertura mental (O): .558. Demostrando una óptima consistencia interna.

Tabla 14*Validez (Prueba de KMO Y Bartlett)*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.718
---	------

Prueba de esfericidad de Bartlett:

Aprox. Chi-cuadrado	307.383
Gl	105
Sig.	.000

En la tabla 14, el análisis factorial indica que la prueba es válida, puesto que responde al constructo de manera satisfactoria con un puntaje de .718. Lo cual demuestra una alta consistencia.

Tabla 15

Dimensiones de la personalidad, según las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Smirnov.

Dimensiones de personalidad	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Sminov			Shapiro-Wilk		
	Estadistico	gl	Sig.	Estadistico	gl	Sig.
E	,204	50	,000	,875	50	,000
A	,214	50	,000	,789	50	,000
N	,170	50	,000	,922	50	,003
O	,192	50	,000	,911	50	,001
C	,208	50	,000	,822	50	,000

Según la tabla 15, la prueba de normalidad indica que $p < .05$. Es decir, los datos no tienen una distribución normal. Es así que se utilizó la estadística no paramétrica.

Tabla 16*Sexo según dimensiones de la personalidad (Prueba de Mann-Whitney)*

Pruebas de normalidad	Dimensiones de la personalidad				
	E	A	N	O	C
U de Mann-Whitney	293,500	199,000	237,500	224,500	133,500
W de Wilcoxon	699,500	605,000	643,500	630,500	539,500
Z	-,288	-2,223	-1,387	-1,657	-3,495
Sig.	,773	,026	,166	,098	,000

Según la tabla 16, se puede apreciar significancia en la dimensión responsabilidad (C) y agradabilidad (A). De acuerdo a los puntajes, las mujeres son más responsables y agradables que los varones, ya que $p < .05$.

Tabla 17*Estado de convivencia según dimensiones de personalidad (Prueba de Kruskal-Wallis)*

Pruebas de normalidad	Dimensiones de la personalidad				
	E	A	N	O	C
H de Kruskal-Wallis	2,500	1,560	8,161	,516	2,083
gl	3	3	3	3	3
Sig.	,565	,668	,043	,915	,555

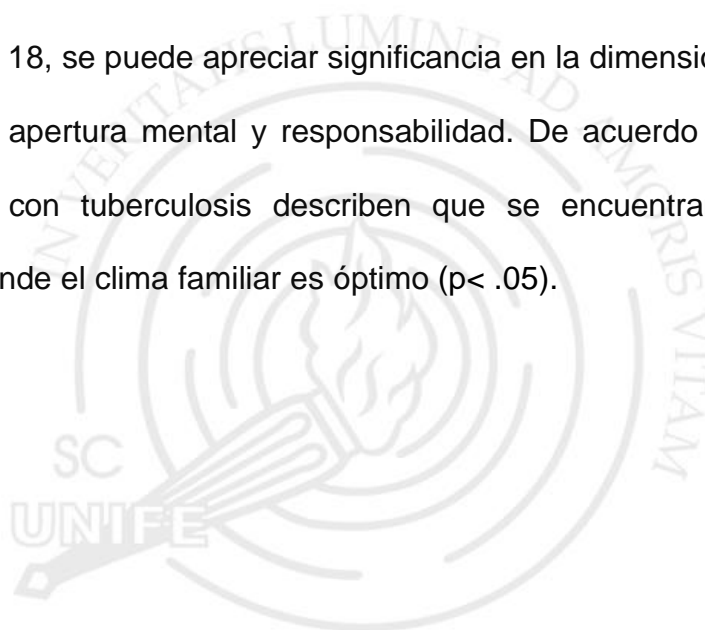
Según la tabla 17, se puede apreciar significancia en la dimensión neuroticismo. De acuerdo a los puntajes, las personas que se encuentran casadas muestran un alto grado de neuroticismo ($p < .05$).

Tabla 18

Clima familiar según dimensiones de personalidad (Prueba de Kruskal-Wallis)

Pruebas de normalidad	Dimensiones de la personalidad				
	E	A	N	O	C
H de Kruskal-Wallis	11,583	11,983	4,688	10,761	9,576
gl	4	4	4	4	4
Sig.	,021	,017	,321	,029	,048

Según la tabla 18, se puede apreciar significancia en la dimensión extraversión, agradabilidad, apertura mental y responsabilidad. De acuerdo a los puntajes, las personas con tuberculosis describen que se encuentran ubicadas en hogares en donde el clima familiar es óptimo ($p < .05$).



CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

La finalidad de este trabajo fue analizar y establecer la relación que existe entre las dimensiones de personalidad según los aspectos psicofamiliares en personas que acuden a diversos centros hospitalarios con tuberculosis de Lima, con el propósito de determinar qué dimensiones de personalidad guardan diferencia significativa con cada uno de los aspectos psicofamiliares.

En el estudio realizado se ha encontrado que existen diferencias significativas entre las dimensiones de la personalidad según los aspectos psicofamiliares en personas con tuberculosis de Lima. Se ha podido observar que la dimensión *neuroticismo* "N", probablemente debido a la percepción y valoración de la enfermedad, posea un elevado nivel. Pese a ello, este resultado también podría guardar una estrecha relación con el estilo de vida de cada paciente y el cuidado de su salud física y mental. Romero (2004), refiere que mientras que los hombres se perciben más propensos a enfermar de TBC debido a que desempeñan una mayor cantidad de actividad física, las cuales demandan una gran pérdida de energía; las mujeres presentarían una tuberculosis cuyo origen biológico, desprende otros factores medioambientales, tales como: la preocupación por su entorno (familia, trabajo y otras problemáticas), debido a los cuales descuidan su salud mental. En pocas palabras, su estilo de vida.

Por otro lado, en cuanto a los objetivos planteados; como primer objetivo se presentó la relación considerando el sexo de los participantes según las dimensiones de la personalidad en pacientes con tuberculosis de Lima y su

correspondiente hipótesis planteada, la cual indica que existen diferencias significativas en esta variable considerada. Entre los resultados se encontró que todas las mujeres, en comparación a los hombres, tienden a ser más responsables y agradables. Ello podría corroborarse con los resultados que arrojan diversos estudios, en los que se indica que estas poseen una mayor sensibilidad a su entorno, lo cual les permite actuar según lo que se espera. Dicha información se complementa con lo que refieren Soutschek, et al. (2017), quienes aseguran que dicho evento se debe a las recompensas químicas que se generan a nivel cerebral ante conductas generosas, estas tienden a ser más fuertes en los procesos psicofisiológicos de las mujeres a diferencia de los hombres; lo que las hace más amables que ellos. Asimismo, mediante la prueba de Mann-Whitney, que es una prueba no paramétrica, se determinó que entre dicha variable psicofamiliar existe una diferencia significativa en relación a dimensiones de personalidad.

Por otro lado, como segundo objetivo se planteó la relación entre *estado de convivencia* según las dimensiones de personalidad en personas con tuberculosis de Lima encontrándose que existen diferencias significativas también en esta variable. Pese a ello, en el grupo evaluado se halló que las personas que se encuentran casadas, quienes representan un 10% del total de los participantes, son de sexo femenino, quienes muestran un alto grado de *neuroticismo "N"*, lo que reafirma la hipótesis mencionada. Dicha problemática podría indicar que un inadecuado manejo del estrés, ansiedad y el descuido de la salud en general, en mujeres que están casadas, puede exacerbar el contagio de la enfermedad y poner el riesgo la vida de estas personas. Sin embargo, aún no se han encontrado trabajos en este campo. El resultado

obtenido mediante la prueba de Kruskal-Wallis, que es una prueba no paramétrica, permitió determinar que entre dicha variable psicofamiliar también existe una diferencia significativa en relación a dimensiones de personalidad.

Finalmente, en el último objetivo se trabajó la relación entre: *clima familiar*, encontrándose que existen diferencias significativas. De igual manera, es así que las personas que viven un clima familiar óptimo o saludable presentan un alto grado de *extraversión "E", afabilidad "A", apertura" O" y responsabilidad "C"*, representado un 74% del total de los participantes; lo cual reafirma la hipótesis planteada al respecto. No obstante, aún no existen evidencias concluyentes en esta área. El resultado que se obtuvo por medio de la prueba de Kruskal-Wallis, permitió determinar que entre la variable psicofamiliar: *clima familiar*, también existe una diferencia significativa en relación a dimensiones de personalidad.

Los resultados permiten establecer, a partir del valor de la significatividad, que las comparaciones por sexo en la variable estudiada o en sus indicadores presentan diferencias significativas ($p > ,05$). Esto implica que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones promedio de las comparaciones realizadas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existen diferencias significativas entre las dimensiones de personalidad según los aspectos psico-familiares en personas con tuberculosis de Lima.

- Respecto a los aspectos psicofamiliares se evidenció lo siguiente: En la variable “*edad*”, un 48% de los participantes se encuentra dentro del rango de edad de 18 a 26 años. En cuanto al aspecto “*sexo*”, se encontró que el 56% son hombres y el 44% son mujeres. Asimismo, en el factor “*estado de convivencia*” se halló que un 10% del total de los participantes son casados, un 16% son convivientes, un 22% son separados y un mayor número (52%), son solteros. Respecto a la variable “*lugar de nacimiento*”, se observa que un 54% es de Lima (Capital) y un 24% de la sierra. Según el “*grado de instrucción*”, se halló que un 30% estudió secundaria completa y un 22% posee estudios superiores completos. Por otra parte, en cuanto a la “*frecuencia de las personas que conviven con los participantes*”, se evidenció que un 16% convive con su pareja e hijos, un 14% convive con solo padre y/o madre y un 28% convive con un/ambos padres y hermanos. En relación al aspecto “*ocupación*”, se pudo observar que un 50% de los participantes se encuentra desempleado y un 22% son trabajadores independientes. Por otro lado, respecto a la variable “*comprensión familiar*”, se observó que un 26% de los participantes refiere sentirse comprendido por sus padres, un 20% por sus amigos y un 2% por nadie. En relación al aspecto “*valoración del clima familiar*”, un 40% lo percibe agradable, un 34% percibe que dentro de su hogar suelen solucionar sus

problemas y un 20% percibe que cada uno hace su vida. Respecto al aspecto “*con quienes conversan sus problemas*”, se concluyó que un 36% de los participantes con su mamá y/o papá. Asimismo, en cuanto al aspecto “*relacion afectiva con las parejas*” un 62% expresó no tener pareja. Finalmente, en la variable “*tiempo libre*” se pudo apreciar que un 12% de los participantes prefiere pasar tiempo en familia; pese a ello 14% de los participantes practica algún deporte, 14% ve televisión y un 28% prefiere hacer otro tipo de actividad.

- Se ha encontrado que las dimensiones de personalidad son fiables, dado que cada una de estas ha dado los siguientes puntajes estadísticos: Extraversión (E): .621, Neuroticismo (N): .647, Agradabilidad (A): .845, Responsabilidad (C): .757 y Apertura mental (O): .558. Lo cual demuestra una óptima consistencia interna.

- Existen diferencias entre el aspecto “*sexo*”, según dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.

- Existen diferencias entre el aspecto “*estado de convivencia*”, según dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.

- Existen diferencias entre el aspecto “*clima familiar*”, según dimensiones de la personalidad en personas con tuberculosis de Lima.

5.2. Recomendaciones

- Se sugiere realizar investigaciones que se orienten a la personalidad de los pacientes con tuberculosis según los aspectos psico-familiares. Ello para evaluar si cada una de estas variables influyen de manera negativa en el contagio y proceso de recuperación de la enfermedad.

- Se recomienda que las autoridades del Ministerio de Salud muestren mayor preocupación por la salud emocional de las personas diagnosticadas con

tuberculosis. Es decir, que el área de medicina los derive de manera estricta al área psicológica, ello a fin de que los especialistas en salud mental brinden mayor orientación y seguimiento en relación al bienestar físico/mental y calidad de vida.



REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1966). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Ediciones Horné.
- Alcázar, M. (2007). *Patrones de conducta y personalidad antisocial en adolescentes. Estudio transcultural: El Salvador, México y España*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Allport, G. (1940). Motivation in personality: reply to Mr. Bertocci. *Psychological Review*, 47(1), 533-554.
- Allport, G. (1975). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herber.
- American Psychological Association. (2013). *Comprendiendo el estrés crónico*. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- Arboccó, M. (10 de enero del 2019). Las personas y las máscaras. *El Peruano*. <https://elperuano.pe/noticia/74654-las-personas-y-las-mascaras>.
- Avalos-Rodriguez, A. et al. (2014). Factores asociados a tuberculosis multidrogorresistente primaria en pacientes de Callao, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(3), 233-236.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Barra, E. (2003). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 4(2), 237-243.
- Barrio, J., et al. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(1), 37-48.

- Belito, H., Fernández, V., Sánchez, S. y Farro, G. (2014). Estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. *Revista de Enfermería Herediana*, 7(2), 69-78.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. España: Editorial Taurus.
- Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (1 de Junio del 2016). *Infección de tuberculosis latente y enfermedad de tuberculosis*. Departamento de Salud y Servicios Humanos USA. <https://www.cdc.gov/spanish/>
- Cerdá, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder
- Cohen, S. y Syme, S. (1985). *Apoyo social y salud*. Prensa Académica.
- Córdova, R. y Zela, J. (2014). *Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con habilidades diferentes en el departamento de Puno -2014*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Costa, P. y McCrae, R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Davidoff, L. (1998). *Introducción a la psicología*. México: LIBEMEX.
- Dolbier, C. y Steinhardt, M. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25, 169-179.

- Dominguez, S. y Merino, C. (2018). Big Five Inventory en Universitarios Peruanos: Resultados Preliminares de su Validación. *PSYKHE*, 27(2), 1-12.
- Eysenck, H. (1947). *Dimensions of Personality*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Falcón, M. (2017). *Relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y rasgos de personalidad en padres de niños con trastorno del espectro autista*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., & Beck, a. T. (2012). Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 42(4), 795–805. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001711>.
- Galton, F. (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. London: Macmillan.
- Garrido, V. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. 1 Fundamentos de la intervención*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Gerber, A., Huber, G., Doherty, D. y Dowling, C. (2011). Personality Traits and the Consumption of Political Information. *Sage Journals*, 3(1), 32–84.
- Goldberg, L. (1993). The Structure of Phenotypic Personality Trait. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Gonzalez, J. y Martínéz, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y personalidad en la adaptación de jóvenes a su práctica deportiva. Diferencias de género. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 4(1), 57-62.

- Heim, A. y Westen, D. (2007). *Teorías de la personalidad y trastornos de la personalidad. Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Izquierdo, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, 13(2), 617-643.
- John, O. y Robins, R. (1998). Recent trends in Big Five research: Development, predictive validity, and personality types. *Personality Psychology in Europe*, 6, 6-16.
- Kagan, J. (2007). A history of psychology in autobiography. *American Psychological Association*, 9(1), 115-153.
- Leal, I., Vidales, F. y Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.
- Llopis, C., Hernández, I. y Rodríguez, M. (2020). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuadrenos de Medicina Forense*, 23(1), 3-4.
- Martín, J., Sánchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21(1), 29-37
- Martínez, Y. (2017). *Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

McCrae, R & Costa, P (2008). The five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 182-207.

Ministerio de Salud (2021). Recuperado de:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis*. Recuperado de:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.

Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Molina, P et al. (2020). Perfil biopsicosocial del paciente con tuberculosis y factores asociados a la adherencia terapéutica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 36(2), 100-108.

Moran, E. y Lazo, Y. (2001). Tuberculosis. *Revista Cubana de Estomatología*, 38(1), 33-51.

Morris G. y Maisto A. (2001). *Introducción a la psicología*. Recuperado de
<https://books.google.com.pe/books?id=5S1dyNo96zUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Morris, C. y Maisto, A.; (2005). *Introducción a la psicología/duodécima edición*. México: PEARSON EDUCACIÓN.

Myers, G. (2006). *Psicología*. Madrid, España: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (2016). Recuperado de:
<https://www.who.int/features/qa/08/es/>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Informe mundial sobre la tuberculosis*. Recuperado de:
https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_sp.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud (2021). Recuperado de:
<https://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

Pastor, Y. (1999). *Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, Valencia, España.

Pervin, L & John, O. (1998). *Personalidad teoría e investigación*. México: Manual Moderno.

Pillaca, H. (2013). *Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESC-PCT en el Centro de Salud Max Arias Schreiber*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. *Psychology: A Study of a Science*, 3(1), 184-256.

Roman, J., Martín, L. y Carbonero, M. (2009). Tipos de familia y satisfacción de necesidades de los hijos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 549-558.

- Romero, C. (2004). Diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar: Estudio cualitativo en dos poblados del Estado de Veracruz, México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 7(2), 80-90.
- Sánchez, C. (2016). *Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Seelbach, G. (2013). Teorías de la personalidad. *México: Red Tercer Milenio*, 7(2), 35.
- Soutschek, A. et al. (2017). The dopaminergic reward system underpins gender differences in social preferences. *Nature Human Behaviour*, 1, 819-827.
- Sumar, R., y Wade, K. (2019). *Relación entre rasgos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de un establecimiento de salud de Lima-Sur*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.
- Thomae, H. (1990). How European is personality psychology in Europe. *Psychology in Europe*, 81-105.
- Trunzo, J. y Pinto, B. (2003). El apoyo social como mediador del optimismo y la angustia en supervivientes de cáncer de mama. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 71(4), 805-811.
- Uchino, B., Cacioppo, J., y Kiecolt, J. (1996). La relación entre el apoyo social y los procesos fisiológicos: una revisión con énfasis en los mecanismos subyacentes y las implicaciones para la salud. *Psychological Bulletin*, 119 (3), 488–531.

Valladares, A. (2008). La familia. Una mirada desde la psicología. *Revista Electrónica de Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 6(1), 4-13.



APÉNDICES

ENCUESTA

El presente tiene por finalidad analizar como las personas cuando están enfermas se enfrentan a los problemas propios de la vida. **NO ESCRIBA SU NOMBRE**, no es necesario identificarse. Le solicitamos contestar con la mayor sinceridad ya que los datos obtenidos serán utilizados solamente para efectos de la investigación. En caso que no desee responder la encuesta, devuélvala en blanco.

Agradecemos su colaboración.

ESCRIBA UNA ASPA (X) DONDE LE CORRESPONDA

EDAD:			
18 a 26 años	<input type="checkbox"/>		
27 a 35 años	<input type="checkbox"/>		
36 a 44 años	<input type="checkbox"/>		
44 años a más	<input type="checkbox"/>		
ESTADO DE CONVIVENCIA:		LUGAR DE NACIMIENTO:	
Soltero(a)	<input type="checkbox"/>	Lima (Capital)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>	Lima (Provincia)	<input type="checkbox"/>
Viudo(a)	<input type="checkbox"/>	Costa	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	Sierra	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>	Selva	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>	Extranjero	<input type="checkbox"/>
GRADO DE INSTRUCCIÓN		VIVE USTED CON	
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Sólo papá y/o mamá	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Un/ambos padres y hermano(s)	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Sólo hermano(s)	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Un/ambos padres y mis hijo(s)	<input type="checkbox"/>
Superior completa	<input type="checkbox"/>	Con mis hijo(s) y/o hija(s)	<input type="checkbox"/>
Superior incompleta	<input type="checkbox"/>	Con mi pareja	<input type="checkbox"/>
		Con mi pareja e hijo(s)	<input type="checkbox"/>
		Con la familia de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>
		Amigos	<input type="checkbox"/>
		Otros Familiares	<input type="checkbox"/>
		Solo	<input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN ACTUAL		TE COMPRENDE MEJOR:	
Empleo de medio tiempo	<input type="checkbox"/>	Tus padres	<input type="checkbox"/>
Empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/>	Tus hermano(s)	<input type="checkbox"/>
Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>	Tus hijo(s)	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>	Tu pareja	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>	Con la familia de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>	Amigo(s)	<input type="checkbox"/>
		Otros familiares	<input type="checkbox"/>
		Nadie	<input type="checkbox"/>
EN TU FAMILIA EXISTE UN CLIMA FAMILIAR		CUANDO TIENES UN PROBLEMA LO CONVERSAS CON:	
Agradable	<input type="checkbox"/>	Mamá y/o papá	<input type="checkbox"/>
Feo por los problemas	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)	<input type="checkbox"/>
Aburrido	<input type="checkbox"/>	Hijo(s)	<input type="checkbox"/>
Suelen solucionar los problemas	<input type="checkbox"/>	Pareja	<input type="checkbox"/>
Cada uno hace su vida	<input type="checkbox"/>	Otros familiares	<input type="checkbox"/>
		Amigos	<input type="checkbox"/>
		Con nadie	<input type="checkbox"/>
CUANDO TU PAREJA ESTA EN CASA			
Suele conversar con la familia	<input type="checkbox"/>		
Discuto con mi pareja	<input type="checkbox"/>		
Colabora en el hogar	<input type="checkbox"/>		
Suele estar de mal humor	<input type="checkbox"/>		
Es autoritario(a), mandón(a)	<input type="checkbox"/>		
No me escucha cuando le hablo	<input type="checkbox"/>		
No me comprende	<input type="checkbox"/>		
Siento que le importo	<input type="checkbox"/>		
EN TU TIEMPO LIBRE			
Ves televisión, películas o series mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	Practicas algún deporte	<input type="checkbox"/>
Duermes más de lo necesario	<input type="checkbox"/>	Practicas juegos en línea	<input type="checkbox"/>
Pasas mucho tiempo en las redes sociales	<input type="checkbox"/>	Prefieres salir con mi(s) amigo(s)	<input type="checkbox"/>
Leo algún libro o artículo interesante	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Pasas tiempo en familia	<input type="checkbox"/>		

CONSENTIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

Se solicitó de manera verbal a las autoridades de los centros hospitalarios que tratan a personas con tuberculosis, el permiso para aplicar los materiales de evaluación. De tal manera, como respuesta, dichas autoridades otorgaron el permiso siempre y cuando no se las indentificase, ello con el fin de evitar situaciones particulares.



AUTORIZACIÓN PARA EL EMPLEO DEL MATERIAL

El 9 de marzo del 2021 se envió un correo al Dr. Merino, quien fue uno de los investigadores que estandarizó la prueba BFI-15, para aplicar dicho material a personas con tuberculosis. El 9 de marzo del mismo año, el Dr. Merino a través de un correo, dió autorización para el uso respectivo del materal.

