



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS
PULMONAR DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES,
LIMA - PERÚ, 2016**

PRESENTADO POR

**MURILLO ROSILLO, VERÓNICA BETSABÉ
ORDOÑEZ ROMERO, PAULA VIRGINIA
PAREDES TAFUR, CLAUDIA ROSIBEL**

ASESOR

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

Los Olivos, 2017



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS
CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA
MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE
PORRES, LIMA – PERÚ, 2016**

TESIS

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

PRESENTADA POR:

MURILLO ROSILLO, VERÓNICA BETSABÉ
ORDOÑEZ ROMERO, PAULA VIRGINIA
PAREDES TAFUR, CLAUDIA ROSIBEL

ASESOR:

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

LIMA - PERÚ

2017

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO

Quispe Rosales, Pedro Pablo

Presidente

Palacios Zevallos, María del Rosario

Secretario

Vivas Durand, Teresa

Vocal

Matta Solís, Hernán Hugo

Asesor

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS
CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA
MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE
PORRES, LIMA – PERÚ, 2016**

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a nuestros maestros, por el apoyo y la enseñanza que nos dan día a día para así lograr una formación correcta en base a valores y así demostrar cuál es la verdadera imagen de la enfermera.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... 16

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 17

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 23

1.3. OBJETIVOS..... 23

1.1.1. Objetivo general 23

1.1.2. Objetivos específicos 23

1.4. JUSTIFICACIÓN..... 24

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 26

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD 27

2.1.1. Distrito de San Martín de Porres 27

2.1.2. Red de Salud Rímac – San Martín de Porres- Los Olivos 30

2.1.3. Microred de Salud San Martín de Porres 33

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 37

2.2.1. Internacional..... 37

2.2.2. Nacional 42

2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... 44

2.3.1. Calidad de vida 44

2.3.2. Tuberculosis..... 52

2.4. HIPÓTESIS..... 62

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA..... 63

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 64

3.2.	POBLACIÓN.....	64
3.2.1.	Criterios de inclusión.....	64
3.2.2.	Criterios de exclusión.....	65
3.3.	VARIABLE.....	65
3.3.1.	Definición conceptual.....	65
3.3.2.	Definición operacional.....	66
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.4.1.	Técnicas de recolección de datos.....	66
3.4.2.	Instrumentos de recolección de datos.....	66
3.5.	PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
3.5.1.	Fase 1: Autorización para recolección de datos.....	73
3.5.2.	Fase 2: Coordinación para recolección de datos.....	74
3.5.3.	Fase 3: Aplicación del instrumento.....	75
3.6.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	76
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	77
3.7.1.	Principio de autonomía.....	79
3.7.2.	Principio de beneficencia.....	79
3.7.3.	Principio de no maleficencia.....	80
3.7.4.	Principio de justicia.....	80
	CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	81
4.1.	RESULTADOS.....	82
4.2.	DISCUSIÓN.....	93
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
5.1.	CONCLUSIONES.....	101

5.2. RECOMENDACIONES.....	102
5.3. LIMITACIONES	103

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
--	------------

ANEXOS.....	111
--------------------	------------

Índice de gráficos

Gráfico 1. Mapa distrital de San Martín de Porres	28
Gráfico 2. Organigrama estructural de la Red de Salud Lima Norte V	32
Gráfico 3. Mapa de la Microred de Salud San Martín de Porres	34
Gráfico 4. Estructura Orgánica de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.....	35
Gráfico 5. Incidencia de tuberculosis por distritos. Provincia de Lima, 2014.	61

Índice de tablas

Tabla 1. Población por establecimiento de la Microred de Salud San Martín de Porres, 2016.....	36
Tabla 2. Casos de TB notificados según tipo de evento DISA II Lima Sur, 2014*-2015*	62
Tabla 3. Características principales del cuestionario de salud SF-36.....	71
Tabla 4. Calidad de vida en su dimensión función física en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	83
Tabla 5. Calidad de vida en su dimensión rol físico en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.....	84
Tabla 6. Calidad de vida en su dimensión dolor corporal en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	85
Tabla 7. Calidad de vida en su dimensión salud general en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	86
Tabla 8. Calidad de vida en su dimensión vitalidad en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.....	87
Tabla 9. Calidad de vida en su dimensión función social en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	88
Tabla 10. Calidad de vida en su dimensión rol emocional en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	89

Tabla 11. Calidad de vida en su dimensión salud mental física en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	90
Tabla 12. Calidad de vida en su componente sumario físico en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	91
Tabla 13. Calidad de vida en su componente sumario mental en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	92
Tabla 14. Población para el estudio de calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.....	134
Tabla 15. Calidad de vida según dimensiones del SF-36 en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016	135
Tabla 16. Características clínicas y sociodemográficas de la población encuestada para el estudio de calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.....	136

Índice de anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	112
Anexo B. Cuestionario de Salud SF- 36.....	114
Anexo C. Ficha Técnica del Cuestionario de Salud SF- 36.....	119
Anexo D. Consentimiento informado.....	121
Anexo E. Asentimiento informado	122
Anexo F. Matriz de consistencia.....	123
Anexo G. Validación por Juicio de Expertos	125
Anexo H. Carta de presentación para recolección de datos	126
Anexo I. Carta de aceptación para recolección de datos	127
Anexo J. Carta de aprobación por la Comisión de Ética de la UCH.....	130
Anexo K. Solicitud para realización de prueba piloto	131
Anexo L. Carta de aprobación para realización de prueba piloto	132
Anexo M. Resultados complementarios	134
Anexo N. Evidencias fotográficas.....	138

Resumen

La calidad de vida en personas afectadas por la tuberculosis pulmonar se puede ver afectada y alterada en relación al bienestar general del ser humano. El estudio se realizó en Lima en los meses del año 2016 con el **objetivo** de evaluar la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres. **Material y método:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y corte transversal. Se trabajó con la población total, conformada por 250 personas afectadas con tuberculosis pulmonar de los dieciséis centros de la Microred de San Martín de Porres. La técnica empleada fue la encuesta, y el instrumento de CVRS SF-36 propuesto por The Medical Outcomes Study (MOS), traducido y adaptado por el grupo investigativo. Consta de 36 ítems, incluidas 8 dimensiones, con puntuaciones que oscilan entre 0 y 100. El procesamiento de datos se realizó con la versión 24 del programa SPSS. **Resultados:** El género con mayor predominio fue el masculino con un 61.2% (n= 153) y la etapa de vida “joven” evidenciado por un 49.6% (n=124). Las dimensiones más afectadas según las medias obtenidas fueron rol físico (34,90), rol emocional (44,53) y salud general (53,23). **Conclusiones:** La tuberculosis pulmonar continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo, afectando la calidad de vida y deteriorando las esferas psicológicas, físicas y sociales. El personal de salud, sobre todo, enfermería debe continuar trabajando arduamente para lograr el bienestar general de la persona.

Palabras clave: Calidad de vida, tuberculosis pulmonar, salud.

Abstract

The life quality in people affected with pulmonary tuberculosis can be seen affected and altered in relation to the general welfare of the human being. The research was carried out in Lima in the months of 2016 with the **objective** of evaluating the life quality in people affected with pulmonary tuberculosis of the Micro network of Health San Martin de Porres. **Material and method:** The research had a quantity approach, descriptive design and cross-section. It was worked with the total population, formed by 250 people affected with pulmonary tuberculosis of the sixteen centres of the Micro network San Martin de Porres. The technique applied was the survey and the instrument of CVRS SF-36 proposed by The Medical Outcomes Study (MOS), translated and adapted by the investigated group. It is consisted of 36 items, included 8 dimensions with punctuations that oscillate between 0 and 100. The data process was made with the version 24 of SPSS program. **Results:** The genre with a higher predominance was male with a 61.2% (n= 253) and "young" stage of life evinced by a 49.6 % (n=124). The most affected dimensions were according to the got average the physic role (34.90), emotional role (44.53) and general health (53.23). **Conclusions:** The pulmonary tuberculosis continue being a public health problem in our country and in the world affecting the life quality and damaging the psychological spheres, physics and socials. The health staff, especially, nursing has to continue working hard to get the general welfare in the person.

Keywords: Life quality, pulmonary tuberculosis, health.

Introducción

La incorporación de medidas para valorar el bienestar general y la calidad de vida en las personas debería ser objeto de notable interés para los investigadores en el ámbito de salud. El estudio aborda un tema poco indagado en las investigaciones realizadas a nivel de salud y poco practicado en el campo de enfermería. Se dice que el término calidad de vida está siendo muy usado en la práctica clínica, sin embargo, se puede observar que la realidad es distinta, a pesar de que englobe conceptos claves que determinan el bienestar de la persona que padece alguna enfermedad.

Otro aspecto a destacar es que el presente estudio aborda una enfermedad infectocontagiosa crónica con gran carga de repercusión social, y que a nivel nacional mantiene grandes cifras en casos nuevos y en tasas de mortalidad. La investigación abarca la calidad de vida específicamente en personas afectadas con tuberculosis pulmonar, enfermedad que puede llegar a alterar los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona.

A diferencia de la mayoría de estudios de enfermería en el nivel de pregrado, que se centran principalmente en los aspectos recuperativos y de rehabilitación, el estudio involucra dimensiones que pueden afectarse durante el proceso que la persona presenta esta enfermedad hasta su recuperación. Teniendo en cuenta que el personal de salud cumple un rol muy importante durante el proceso de esta enfermedad, conociendo que es lo que le aqueja, incomoda o siente. Además de promocionar las conductas saludables y previniendo otras enfermedades.

La presente investigación ha sido elaborada con datos reales recolectados durante las visitas y encuestas a los dieciséis centros de salud de la Microred de San Martín de Porres, trabajándose con las personas que asisten al Programa de Control de la Tuberculosis.

El estudio de investigación está estructurado en cinco capítulos y las secciones de referencias bibliográficas y anexos. En la primera fase se encuentra el Capítulo I: El Problema, donde se manifiesta la problemática del tema elegido junto a datos estadísticos que han sido recogidos de la literatura

y de fuentes confiables. De igual manera encontramos, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación del estudio.

En el Capítulo II, que es el Marco Teórico, se encuentra el marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación, marco teórico propiamente dicho, donde se detalla la historia y datos sociodemográficos del lugar de nuestra población, a su vez, se explica los conceptos de calidad de vida y tuberculosis pulmonar.

El estudio también cuenta con el Capítulo III: Metodología, en el cual se redacta el tipo – diseño de investigación, la población de estudio, la técnica e instrumento de recolección de datos, y los aspectos éticos de la investigación.

La cuarta parte está constituida por el Capítulo IV: Resultados y discusión, donde se detallan los datos finales luego de la aplicación del instrumento y es ahí donde se discute todos los resultados.

En el Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, se mostrarán las acotaciones finales y a lo que se llegó a concluir luego del estudio de campo del tema investigativo.

Finalmente, se observará la sección de las referencias bibliográficas, fuentes de la literatura que ayudaron al desarrollo de la investigación. En la sección de anexos se podrá visualizar, el cuadro de operacionalización de variable, el instrumento que se utilizó (SF-36), el consentimiento informado, el asentimiento informado, la matriz de consistencia y las evidencias fotográficas del trabajo.

Se espera que el presente estudio sea de aporte útil a la actividad investigativa de la profesión, sobre todo, que contribuya a la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen tuberculosis pulmonar.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, a nivel mundial, diversos investigadores y analistas han estado en la búsqueda y el desarrollo de nuevos planes y estrategias con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en las personas, evaluando y detallando los factores que pueden influir en el bienestar del ser humano. Según diversas investigaciones, anuncian que el término calidad de vida desde su visión subjetiva y objetiva está siendo usado en los diversos campos del área de salud; sin embargo, como estudiantes podemos decir que esa no es la realidad. Algunos profesionales solo se centran en los factores objetivos de alguna persona, es decir, no van más allá del cómo se siente la persona o qué le aqueja.

El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la disposición de la familia (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los diferentes factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos ⁽¹⁾.

Es evidente que los factores mencionados afectan en gran magnitud a la calidad de vida relacionándose con la salud de la persona. Estas consecuencias pueden observarse mediante el discomfort o la disminución del bienestar emocional y físico. Por lo que es importante recalcar que la ausencia de alguna patología no solo refiere que se tenga una correcta calidad de vida.

A pesar de que aún no existe conformidad en esta definición ni su completa diferenciación con el término “calidad de vida” general, la información derivada de su estudio ha llegado ser un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido especialmente beneficiosa en describir el impacto de la

enfermedad en la vida de las personas y en la evaluación para mejorar los tratamientos ⁽²⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que debe utilizarse con más frecuencia en el ámbito de las evaluaciones de salud logrando evaluar todas las dimensiones que engloba y detallando el bienestar o confort de la persona sana o enferma.

Se menciona que, en las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias ⁽³⁾.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El funcionamiento social hace referencia al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia. En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral ⁽⁴⁾.

Como por ejemplo, la tuberculosis sigue siendo uno de los principales problemas de salud mundial, responsable de la mala salud entre millones de personas cada año. La tuberculosis se ubica como el segundo líder causa de muerte por una enfermedad infecciosa en todo el mundo, después del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ⁽⁵⁾.

En general, una proporción relativamente pequeña (5-15%) de los aproximadamente 2-3 millones de personas infectadas por *Mycobacterium tuberculosis* se enferma con esta patología durante su vida ⁽⁶⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de gran importancia para la salud pública, que afecta a todas las personas, en especial, a los grupos que se ubican con recursos bajos, hacinamiento y con un alto nivel de contagio a la familia o personas que lo rodean.

La Organización Mundial de la Salud ha estado publicando un informe mundial sobre la tuberculosis cada año desde 1997. Gracias a la publicación de dichos informes podemos conocer si la tuberculosis ha logrado disminuir o aumentar desde 1997, para así poder aportar estrategias y planes que busquen un mismo objetivo, reducir la morbimortalidad en personas infectadas y evitar la propagación de dicha enfermedad en la población sana.

En el 2014, un estimado de 1,2 millones (12%) de 9,6 millones de personas quienes desarrollaron la tuberculosis en todo el mundo eran VIH-positivos. La región de África representó el 74% de estos casos ⁽⁶⁾.

En el informe del año 2015, se registra un aumento de los nuevos casos de TB (9,6 millones) con respecto a años anteriores, pero estas cifras reflejan un aumento de la propagación de la enfermedad. Más de la mitad de los casos mundiales de tuberculosis (54%) correspondieron a China, India, Indonesia, Nigeria y Pakistán. Entre los nuevos casos, se estima que el 3,3% presentaron TB multirresistente, porcentaje que se ha mantenido sin cambios en los últimos años ⁽⁷⁾.

Estos datos estadísticos recogidos en el informe mundial procedentes de 205 países muestran que la tuberculosis es una enfermedad que se encuentra dentro de los primeros puestos como causa de muerte a nivel mundial. A pesar de las cifras de avance que ha mostrado la Organización Mundial de la Salud en sus últimos informes mundiales, nosotros notamos que la realidad es otra, aún hay muertes por esta enfermedad. Durante nuestras prácticas en el ámbito de salud hemos podido observar que existe una gran cantidad de pacientes que son

contagiados por esta bacteria, dando a entender que aún las estrategias y planes no son del todo favorables.

En el 2003 se estimó que 285 200 casos de tuberculosis ocurrieron en las Américas. La tasa de incidencia fue 29 casos por 100 000 de la población, con un margen de incertidumbre de 26 al 34 por 100 000. El mayor número de incidencia en casos con tuberculosis ocurrió en América del Sur, que tiene un estimado de 110 780 casos, representando el 39% de todos los casos en las Américas ⁽⁸⁾.

Con 38 000 casos de tuberculosis en el 2013, el Perú representó el 44% de la carga estimada de tuberculosis en los cinco países de la subregión América del Sur-Andino (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela). Perú es seguido por Colombia (16 000 casos o 19%), Bolivia (13 000 casos o 15%), Venezuela (10 000 casos o 12%) y Ecuador (8 800 casos o 10%). Perú ocupa el segundo lugar en las Américas para el número total de casos de tuberculosis, después de Brasil ⁽⁹⁾.

Es lamentable conocer que el Perú cuente con un gran número de personas afectadas por esta enfermedad dentro de los países andinos de América del Sur, tanto así que ha sido ubicado en el segundo lugar en las Américas. Es un arduo trabajo para los profesionales de salud el tener que aplicar las medidas de prevención para disminuir el ingreso de más personas al programa de tuberculosis. Probablemente esto se deba a la falta de promoción y prevención, o por la falta de conciencia que tienen los peruanos en relación a la transmisión de esta enfermedad.

Según las estadísticas que brinda el MINSA, en el 2015 se identificaron 27 147 de nuevos casos de tuberculosis y 16 788 en casos nuevos de tuberculosis pulmonar con frotis positivo, de los cuales 1113 casos se ubican en Lima Metropolitana ⁽¹⁰⁾. Además, se advierte el incremento de emergencias debido a cepas resistentes de la tuberculosis, debido a que al año se presentan 1500 casos de tuberculosis resistente a los

fármacos y alrededor de 80 casos de tuberculosis extensamente resistente (TB-XDR) por año, los dos tipos más agresivos y complicados de tratar ⁽¹¹⁾.

Según el registro de casos de tuberculosis desde el año 2012 hasta 2015, en la misma semana epidemiológica (SE.46) registrado en los boletines epidemiológicos de la DISA II Lima Sur, se evidencia un mayor registro de casos entre el año 2013 y 2014. El número superior en dichos años refleja que en el año 2013 se inicia con la notificación de casos a través del sistema NOTI-SP, de manera similar el año 2014 se intensificó el registro, sin embargo, en el año 2015 se intensifica la notificación a través del sistema online de vigilancia epidemiológica de tuberculosis, cabe mencionar que los establecimientos de salud están actualizando información en dicho sistema desde el año 2013, por lo que el número de notificaciones en el Noti-SP se ha reducido. Además de registrar que con un mayor número de casos notificados según tipo de evento es la tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica con 63.9% (1396 casos), seguido de tuberculosis pulmonar sin confirmación bacteriológica con 18.9% (412 casos) ⁽¹²⁾.

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como la tuberculosis pulmonar altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario ⁽³⁾.

Se asume que una enfermedad como la tuberculosis altera la calidad de vida de quienes la padecen y, en consecuencia, afecta también su trabajo, actividad esencial del ser humano. Cuando abordamos el tema de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con tuberculosis, encontramos que en general los estudios de esta enfermedad se han centrado en los resultados de morbilidad y mortalidad, así como en sus marcadores biológicos y su curación, dejando de lado la perspectiva del paciente y la forma en que se afectan su calidad de vida y su actividad laboral, que son asuntos de mayor impacto para ellos ⁽¹³⁾.

La importancia de la medición de la calidad de vida relacionada a la salud en personas afectadas con tuberculosis radica en la magnitud del problema de esta enfermedad en términos de su asistencia sanitaria y de sus aspectos psicológicos relacionados con ella que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta por los clínicos.

Todos los datos referidos nos indican que nuestra capital presenta una alta prevalencia en casos de personas con tuberculosis, casos que pueden evitarse y prevenirse con una cultura sanitaria. Es por ello que situamos nuestra problemática en la capital del país, sobre todo, centralizándonos en los establecimientos que pertenecen a la Microred de San Martín de Porres del distrito de San Martín de Porres, ya que luego de las primeras visitas a los centros de salud pudimos darnos cuenta que hay altos números de casos en tuberculosis. Además, según registros del Instituto Nacional de Estadística e Informática, ubica a este distrito dentro de unas de las áreas con altos casos de tuberculosis pulmonar durante finales del 2015 ⁽¹²⁾.

También hacemos mención que no se llegó a encontrar investigaciones en relación a la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar dentro de la Microred de San Martín de Porres, solo encontrándose en un repositorio nacional un estudio que aborda los “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Red de Salud Lima Norte y Rímac-San Martín-Los Olivos”. Viendo esta problemática nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿De qué forma pueden repercutir los aspectos emocionales, físicos y biológicos en pacientes con tuberculosis que son atendidos en la Microred de San Martín de Porres?

¿La situación psicológica, social y económica puede influir en la recuperación de su enfermedad?

¿Por qué solo basarnos en la fase final del tratamiento de tuberculosis y no durante todo su proceso, evaluando su bienestar y confort? Ante lo anterior, nos planteamos desarrollar el siguiente estudio:

Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general

- Evaluar la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.

1.1.2. Objetivos específicos

- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de función física, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de rol físico, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de dolor corporal, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de salud general, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.

- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de vitalidad, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de función social, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de rol emocional, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.
- Evaluar la calidad de vida, en su dimensión de salud mental, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nos permitió conocer la profundidad de nuestra problemática sobre calidad de vida, específicamente, en pacientes con tuberculosis pulmonar, recordando que la tuberculosis es uno de los problemas de salud pública más serios en los últimos tiempos, a pesar de ser una enfermedad curable. Como estudiantes del ámbito de salud es común poder presenciar estos casos en nuestra práctica diaria y ser testigos de las afecciones del bienestar en este grupo de personas. Además, cabe señalar que en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT), el profesional de enfermería juega un rol importante en la lucha contra esta enfermedad, esta es una de las razones que nos motiva a realizar este estudio enfocado principalmente en nuestra área.

Otra razón para la realización de este estudio, es que, haciendo una revisión de la literatura científica, no existen estudios donde se aborde la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis en la jurisdicción de la Microred San Martín de Porres; por tanto, existe un vacío en el conocimiento sobre este tema importante a tomar en cuenta. Como se mencionó anteriormente, solo se pudo encontrar un estudio relacionado a factores en el abandono de esta patología, por lo que

creemos que nuestro estudio es de suma importancia para conocer un aspecto relevante de estas personas, que es su calidad de vida.

Esta investigación contribuirá a reajustar y plantear acciones orientadas a mejorar la calidad de vida en este grupo de personas logrando que los trabajadores de salud que laboran en la sede elegida puedan llegar a conocer los factores y dimensiones que engloban una correcta calidad de vida. Los resultados de este estudio serán socializados con las autoridades de la Microred de salud y los responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) de los establecimientos del primer nivel de atención, quienes lo evaluarán e incluirán en sus futuros planes las estrategias más específicas que aborden la calidad de vida de estas personas y puedan mejorar el bienestar en su vivir.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1. Distrito de San Martín de Porres

A. Reseña histórica

En la década de los 40 fue por primera vez que se invadió la zona de Piñonate en el régimen de José Luis Bustamante y Rivero consecutivamente se empezó la población a expandir por diferentes parcelas de tierra.

En aquel momento el futuro de esas parcelas de tierra estaba conectado al distrito de Carabaylo, al principio de los 50 la población que residía en dichas tierras logró su independencia con el general Manuel Odría nombrándolo “Distrito Obrero Industrial 27 de Octubre”.

Un 22 de mayo de 1950 se cambia el nombre del distrito a San Martín de Porres marcando una nueva época para población en el cual se manifiesta con la celebración de dicho distrito ⁽¹⁴⁾.

B. Ubicación, extensión y límites

El distrito de San Martín de Porres se encuentra ubicado al noroeste de Lima, en la margen derecha del río Rímac, y conforma, junto con Independencia, Comas y Carabaylo, el populoso Cono Norte de la capital ⁽¹⁵⁾ (Gráfico 1).

Su latitud respecto al Ecuador es de 12 grados, 01 minuto y 40 segundos y su longitud es de 77 grados, 02 minutos y 36 segundos Oeste del Meridiano de Greenwich. Este dato corresponde a su capital que es el Barrio Obrero del Puente del Ejército. Su extensión es de 45 Km² ⁽¹⁶⁾.

Tiene como límites al Norte: Puente Piedra y Los Olivos; al Sur: El Cercado de Lima y Carmen de la Legua Reynoso; al Este: Rímac, Independencia y Comas; al Oeste: El Callao ⁽¹⁶⁾.

Gráfico 1. Mapa distrital de San Martín de Porres



Fuente: Portal web de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres

C. Población y su caracterización

En el 2015, según registros de la población total según departamento, provincia y distrito, San Martín de Porres contaba con un aproximado de 700 177 personas, según las proyecciones realizadas por el propio Consejo Distrital y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), ubicándose como el segundo distrito de Lima más poblado luego de San Juan de Lurigancho ⁽¹⁷⁾. Para el año 2016, el distrito de San Martín de Porres tiene una población estimada de 714,952 habitantes, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática ⁽¹⁶⁾.

D. Educación, cultura y recreación

Según datos que muestra la misma municipalidad del distrito en su portal móvil, se pueden encontrar diversas instituciones educativas entre ellas:

- 506 colegios de nivel inicial
- 444 colegios de nivel primaria
- 41 colegios de nivel secundaria
- 11 Centros de Educación Básica Alternativa
- 1 Centros de Educación Básica Especializada
- 3 Programas de Estimulación Temprana
- 5 Centros de Educación Técnico-Productiva
- 144 Programas de Atención No Escolarizada de Educación Inicial ⁽¹⁸⁾.

Además, se encuentran diversos sitios arqueológicos como por ejemplo Capilla Márquez, Cerro Culebras, Cerro el Respiro, Cerro Gemelo, Cerro la Milla, Cerro la Regla, Condevilla Señor 2, Conjunto Palao A, Conjunto, Palao B, El Horno, Garagay, Huaca Condevilla Sr. I, Huaca San Roque de Garagay, Huaca Santa Rosa, Huerta el Naranjal, Huertas de Naranjal, Manzanilla IID, Murallas de Oquendo, Pampa de los Perros, Pan de Azúcar, Puente Inca A y B, Puente Inga y Santa Lucia; los cuales conformar la zona de San Martín de Porres y remontan las anécdotas de su historia de más de 30 años hacia atrás ⁽¹⁹⁾.

E. Alimentación, nutrición, salud y medio ambiente

En el distrito de San Martín de Porres hay alrededor de 50 vasos de leche que ayudan a las personas con pocos recursos.

Según el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), en el distrito existe un 4.3% de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica y es uno de los distritos priorizados a nivel nacional para realizar proyectos para su disminución.

El Programa LUCHITO de “Lucha contra la desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años” viene trabajando en 10 AA.HH. en diferentes zonas de pobreza y extrema pobreza del distrito.

En Cerro La Milla está el AA.HH. Jardines de La Milla, Sagrado Corazón de Jesús y San Valentín; en Garagay, el AA.HH. 12 de Agosto; en Chuquitanta, el AA.HH. Cerro Candela, Pan de Azúcar y Santa Cruz; y en la zona del Paraíso, los AA.HH. Huertos del Paraíso, Nueva Jerusalén y Villa Isolina.

Este programa viene beneficiando a más 656 entre niños, gestantes y madres que dan de lactar con desayunos nutritivos para reforzar su alimentación y que las 20 promotoras nutricionales preparan con las medidas de higiene y buenas prácticas alimentarias, micronutrientes para reducir la anemia, talleres educativos para mejorar las prácticas alimentarias y de higiene adecuada de las madres, módulos que son espacios comunales donde los beneficiarios son atendidos en las campañas de salud, desayuno, talleres educativos y a la vez que sirvan como modelo para sus casas. Este programa ha sido reconocido como modelo por Instituciones como Ciudadanos Al Día (CAD) en el año 2011 quedando como finalista y en este año fue presentando en la Municipalidad Metropolitana de Lima como modelo a imitar para las demás municipalidades ⁽²⁰⁾.

2.1.2. Red de Salud Rímac – San Martín de Porres - Los Olivos

A. Reseña histórica

El 20 de marzo de 1987 es creada la Resolución Ministerial N° 191-87-SA/DM para la Red de Salud Rímac San Martín de Porres - Los Olivos bajo el nombre de Entidad Ejecutora Presupuestal (E.E.P) N° 004 Rímac.

En 1996, se crean los Servicios Básicos de Salud Rímac contando con 35 establecimientos de salud entre centros y puestos de salud a nivel general.

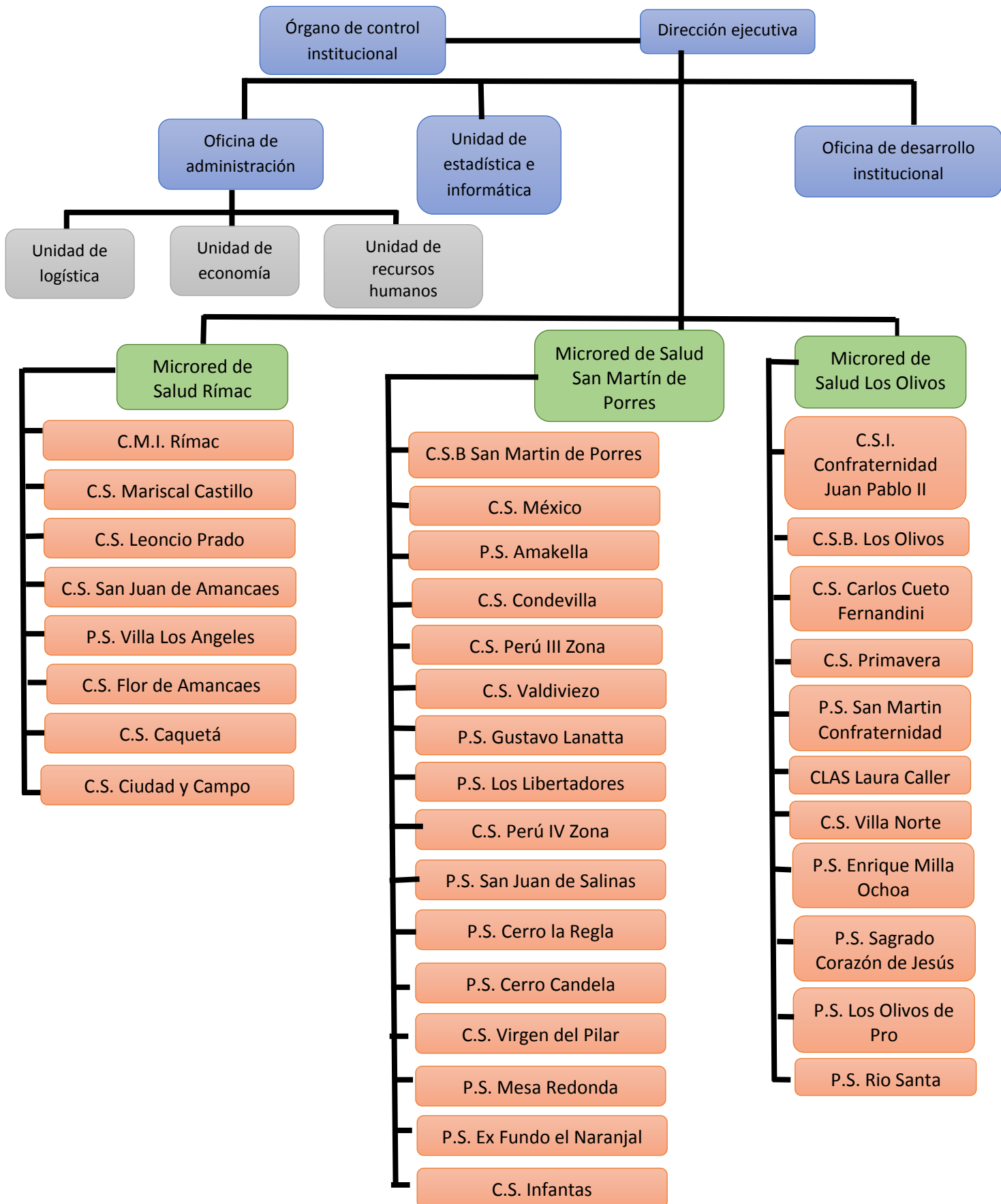
Al pasar el tiempo y las coordinaciones jurisdiccionales, la sede administrativa varía su ubicación geográfica y se posiciona hasta la actualidad en el Centro de Salud Caquetá.

En el 2003, inicia el proceso de descentralización y reorganización territorial de los servicios de salud en todo el Perú. Es por ello, que se publica una nueva resolución donde el Ministerio de Salud aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Redes de Salud, teniendo como objetivo autorizar el funcionamiento de nuevas sedes administrativas. Gracias a este documento la denominación de “Servicio Básico de Salud” SBS RÍMAC cambia a “Dirección de Red de Salud Lima Norte V – Rímac San Martín de Porres Los Olivos”.

Para el 2004, se publica una nueva resolución aprobando el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Red Rímac San Martín de Porres Los Olivos, estableciendo las funciones de las direcciones, unidades y oficinas respectivas, y teniendo como órganos de línea a las Microredes de Salud Rímac, San Martín de Porres y Los Olivos.

Posteriormente, en el 2006 la Red de Salud Rímac – SMP – LO se incorpora al ámbito jurisdiccional de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, donde se administraba y gestionaba 03 Microredes, 35 establecimientos de salud y 1 Comedor ⁽²¹⁾ (Gráfico 2).

Gráfico 2. Organigrama estructural de la Red de Salud Lima Norte V



B. Base legal

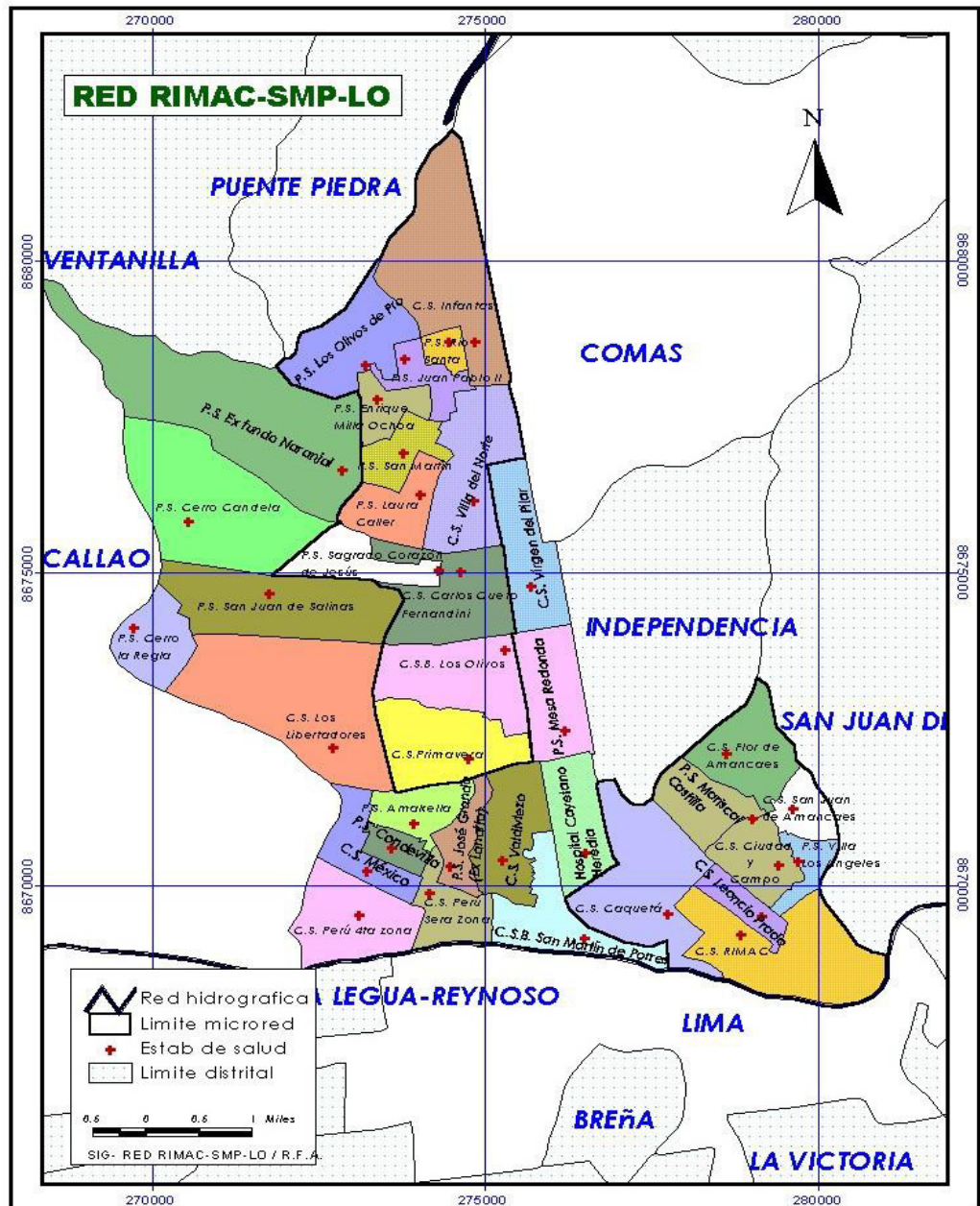
- Ley 27657.- Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM.- Aprueban Directiva para la Delimitación de las Redes y Microredes de Salud.
- Resolución Ministerial N° 573-2003-SA/DM.- Aprueban Reglamentos de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud.
- Oficio N° 622.2003-EF/76.14.- Incorpora la Unidad Ejecutora 044 Red de Salud Rímac-SMP-LO en la estructura del Ministerio de Salud a partir de enero del 2004.
- Resolución Ministerial N° 1297-2003-SA/DM00.- Se aprueba el presupuesto institucional de Apertura de Ingresos y Egresos del año fiscal 2004. Se detalla en anexo 2 que la unidad Ejecutora 044 forma parte de la presente resolución.
- Resolución Ministerial N°007-2004/MINSA.- Aprueban Reglamentos de Organización y Funciones de Diversas Direcciones de Salud y de Redes de Salud ⁽²¹⁾.

2.1.3. Microred de Salud San Martín de Porres

La Microred de Salud San Martín de Porres era una de las unidades orgánicas de línea que pertenecía a la Red de Salud Rímac – SMP – LO y a la Dirección de Red de Salud Lima Norte V (Gráfico 3) con el cargo de brindar la atención de salud, en los establecimientos o locales asignados ⁽²¹⁾. Actualmente, los centros de salud que pertenecían a la Microred de Salud San Martín de Porres, están bajo el mando de la Dirección de Redes Integradas de Salud–DIRIS Lima Norte (Gráfico 4), órgano descentralizado del Ministerio de Salud creado recientemente con el fin de agenciar, dirigir y operar

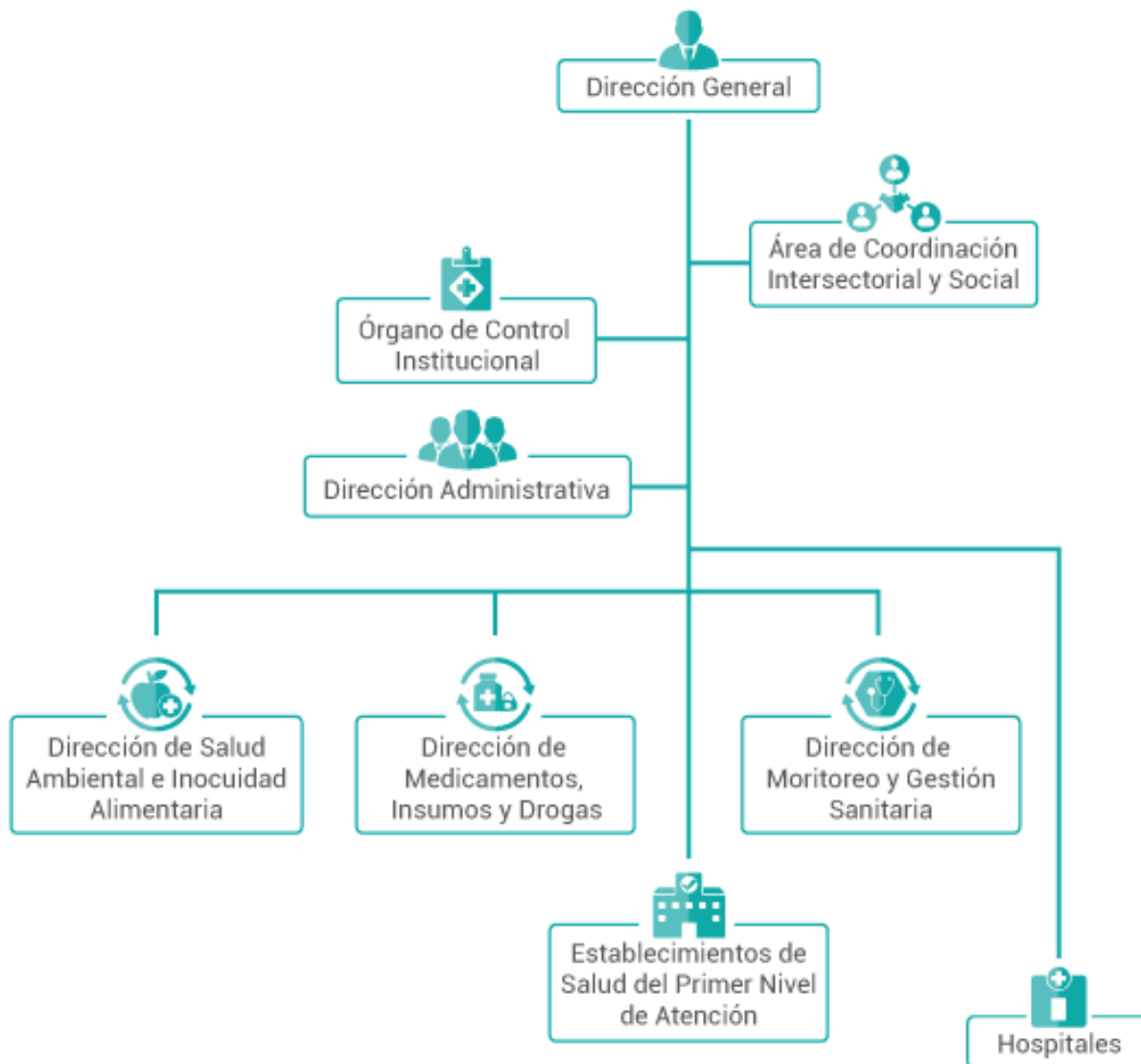
los aspectos promocionales, preventivos, recuperativos y de rehabilitación en salud, logrando la integración de las redes: Red Puente Piedra (Lima Norte IV), Red Rímac- SMP – LO (Lima Norte V) y Red Túpac Amaru (Lima Norte VI) englobando a hospitales y establecimientos de primer nivel de atención en salud ⁽²²⁾.

Gráfico 3. Mapa de la Microred de Salud San Martín de Porres



Fuente: Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rímac- SMP –LO

Gráfico 4. Estructura Orgánica de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte



Fuente: Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

C. Centros de salud de la Microred San Martín de Porres

La Microred de San Martín de Porres cuenta con 16 establecimientos de salud, entre ellos 3 postas de salud y 13 centros de salud.

Dentro de la Microred de Salud de San Martín de Porres se encuentra una población de 700 177 habitantes, donde el C.S. San Martín de Porres abarca a la mayor población de la jurisdicción con 82 644 habitantes (Tabla 1).

Tabla 1. Población por establecimiento de la Microred de Salud San Martín de Porres, 2016

MICRORED SAN MARTÍN	700 177
C.S. LOS LIBERTADORES	62 588
C.S. VALDIVIEZO	44 606
C.S. MÉXICO	57 829
C.S. SAN MARTÍN DE PORRES	82 644
C.S. PERÚ III ZONA	52 304
C.S. PERÚ IV ZONA	74 508
C.S. CONDEVILLA	18 619
C.S. AMAKELLA	47 329
P.S. CERRO LA REGLA	14 742
C.S. GUSTAVO LANATTA	24 200
C.S. SAN JUAN DE SALINAS	46 902
P.S. CERRO CANDELA	21 064
P.S. MESA REDONDA	24 306
C.S. EX-FUNDO NARANJAL	37 480
C.S. VIRGEN DEL PILAR	28 794
C.S. INFANTAS	62 262

Fuente: Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rímac- SMP –LO

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Internacional

Caiza F, en Quito - Ecuador, durante el año 2015, realizó la investigación: “Valoración de la calidad de vida en las personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar. Un estudio de casos y controles”, con el objetivo de evaluar el nivel de calidad de vida y reconocer los condicionantes del nivel de calidad de vida. El estudio fue analítico observacional - cuantitativo. La población estuvo conformada por 43 personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar y 86 en observación sin esta enfermedad, que acudieron a consulta externa de los centros de salud de primer nivel, durante los meses de mayo y junio del 2015. Para poder cumplir con el objetivo de la investigación se utilizó el cuestionario SF - 36 v2 en español. Luego de la investigación el autor concluyó que:

La TB es uno de los determinantes más importantes del deterioro de la Calidad de Vida. Las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar que se encuentran en tratamiento en la zona 9 del Distrito Metropolitano de Quito el Rol Físico y Función Física ⁽²³⁾.

González R, Lupercio A, Hidalgo G, León S, Salazar J, en Guadalajara – México, en el 2013, realizaron una investigación sobre: “Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara - México”, el objetivo fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con diagnóstico de tuberculosis y la relación con su trabajo. El diseño utilizado fue el descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 13 hombres y 11 mujeres con un rango de edad de 18 a 85 años. El instrumento empleado fue el cuestionario SF-36. Finalmente, llegaron a la siguiente conclusión:

Ninguna de las dimensiones del SF-36 tuvo un promedio de valoración mayor a 70, por lo que se concluye que la percepción de la CVRS en general para esta población es de “regular” a “baja”, siendo las más afectadas por la enfermedad rol físico, la percepción de la salud general, vitalidad y dolor corporal. El 80 % de los pacientes estuvieron en edad productiva, por lo que además de su CVRS se afecta su ingreso familiar al dejar de trabajar, lo cual aumenta el impacto social de la enfermedad ⁽¹³⁾.

Fernández R, García C, Pérez J, en el Distrito Federal – México, en el 2011, realizaron la investigación: “Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles”, con el objetivo de estudiar la calidad de vida en personas al comienzo del tratamiento de la tuberculosis. El diseño utilizado fue el descriptivo trasversal - cuantitativo. La población de dicho estudio estuvo conformada por 72 personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar recurrente positiva bacteriológicamente y a 201 controles que no presentaban esta enfermedad que asistieron a un hospital de tercer nivel (personas con síntomas respiratorios que acudieron a la Consulta Externa del INER del 1 de enero del 2005 al 31 de diciembre de 2008 y que tuvieron un cultivo positivo para M. tuberculosis). Se utilizó el cuestionario SF-12 (versión reducida del SF-36). La conclusión a la que arribaron los autores fue:

Los pacientes con TB activa muestran una peor calidad de vida que los controles. En nuestro estudio se observó una reducción en parámetros físicos y del rol emocional, pero también en todos los demás parámetros. Los dominios más afectados fueron el físico y el psicológico. Estos resultados muestran que los pacientes con tuberculosis activa tienen dificultades en la realización de las actividades diarias y alteraciones en el estado psicológico ⁽²⁴⁾.

Araujo L, Rodrigues A, Gir E, Gimenez M, en la ciudad de Ceará – Brasil, durante el año 2011, realizaron la investigación: “Aspectos de la calidad de vida de pacientes con coinfección de VIH/Tuberculosis”, el objetivo fue investigar la calidad de vida de estos pacientes y captar los cambios impuestos del vivir con ambas enfermedades transmisibles al mismo tiempo. El diseño utilizado fue con un abordaje cualicuantitativo. La población estuvo conformada por 34 pacientes coinfectados que asistían a una clínica especializada en Brasil entre el 2009 y 2010. Se utilizó el instrumento HAT-QoL. Además, la calidad de vida se ve afectada en los dominios relacionados con cuestiones económicas, sexuales y de secreto. También se puso de manifiesto que la coinfección impone cambios en la vida diaria y que subrayan aún más la calidad de vida de los daños. Luego de dicha investigación los autores concluyen que:

La calidad de vida es el resultado de una combinación de factores biopsicosociales. Experimentar la coinfección, a pesar del tratamiento apropiado, causa cambios en la vida de los pacientes, estos cambios se manifestaron mediante miedo y tristeza ⁽²⁵⁾.

Souza L, Marín S, Reis R, Dos Santos C, Gir E, en la ciudad de Sao Paulo – Brasil, en el 2012, realizaron un estudio titulado: “SIDA y Tuberculosis: la coinfección vista según la perspectiva de la calidad de vida de los individuos”, con el objetivo de describir la calidad de vida de individuos con coinfección VIH/TB. El método utilizado fue el estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 115 personas que eran VIH-positivos, donde participaron: 57 que estaban coinfectados y 58 que no estaban. El instrumento utilizado fue el WHOQOL-HIV bref. Finalmente concluyeron que:

Diversos factores biopsicosociales pueden ser alterados en el transcurso de la coinfección VIH / TB, dentro de ellas

podemos mencionar las consecuencias físicas-orgánicas, las psicoafectivas y las de comportamiento. Estas consecuencias tan evidentes en el caso de enfermedades estigmatizadas, como la tuberculosis y el SIDA, alteran significativamente las diferentes dimensiones de la calidad de vida. En la evaluación de la calidad de vida de los individuos coinfectados, presentaron scores medios más bajos del que los no coinfectados en todos los dominios, con diferencia importante en los físico, lo psicológico, nivel de independencia y relaciones sociales ⁽²⁶⁾.

Dujaili J, Syed S, Azmi M, Awaisu A, Qais A, en Bagdad, Irak, durante el año 2015, realizaron la investigación sobre “Calidad de vida relacionada a la salud como un predictor de los resultados del tratamiento de la tuberculosis”, planteándose el objetivo de determinar cómo el tratamiento de la tuberculosis afecta a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con tuberculosis pulmonar y así identificar los predictores de los resultados favorables del tratamiento de tuberculosis. Para el estudio se utilizó el diseño experimental cuantitativo. Tuvieron como población a pacientes con tuberculosis que recibieron tratamiento en el Centro Especialista de Enfermedades Respiratorias y torácicas. Se utilizó como instrumento La Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas - Tuberculosis (TB-FACIT). Los autores llegaron a la siguiente conclusión:

La intervención terapéutica tiene un impacto positivo en la calidad de vida relacionada a la salud del paciente. La investigación adicional es necesaria para proporcionar una visión más clara de la validez predictiva y sensibilidad del instrumento ⁽²⁷⁾.

Al-Qahtani M, El.Mahalli A, Al Dossary N, Al Muhaish A, Al Otaibi S, Al Baker F, en la provincia oriental de Arabia Saudita, en el año 2014, realizaron el estudio sobre: “Calidad de vida relacionado a la salud en pacientes con tuberculosis” con el objetivo de comparar la

calidad de vida de los pacientes con tuberculosis resistente a los medicamentos con los no resistentes, explorar cualquier posible asociación entre los dominios de calidad de vida y las variables demográficas y clínicas y determinar los predictores de la calidad de vida. El estudio fue descriptivo, univariante y multivariante con corte transversal. La población estuvo conformada por 74 pacientes MDR y 99 no MDR de un centro de lucha contra la tuberculosis. Para dicho estudio se utilizó el instrumento de calidad de vida de la OMS. Finalmente los autores llegaron a concluir que:

Para los pacientes resistentes a los medicamentos, el dominio más afectado fue el psicológico seguido del dominio ambiental, mientras que para los pacientes no resistentes a los medicamentos el más afectado fue la relación social seguida por el dominio de la salud física. En general, los resultados de este estudio muestran que el empleo, el estado civil, la edad avanzada, el nivel de educación, la ausencia de diabetes mellitus y la ausencia de antecedentes de abuso de drogas fueron predictores importantes de la calidad de vida de los pacientes con TB⁽²⁸⁾.

Como se ha podido observar hay presencia de estudios investigativos en relación a la tuberculosis pulmonar tanto en países de Latinoamérica y países del Oriente, donde buscan evaluar la calidad de vida de estas personas afectadas englobando las dimensiones económicas, psicológicas, afectivas y sociales. Además también realizan investigaciones utilizando el instrumento SF-36, lo cual demuestra que es un instrumento con gran demanda de uso en el ámbito de salud. La calidad de vida relacionado a la salud en pacientes con tuberculosis es muy estudiado a nivel internacional ya que hoy en día es necesario conocer cuáles son los factores determinantes que influyen en la calidad de vida de pacientes que presentan esta crónica patología y así poder trabajar en mejorar su bienestar.

2.2.2. Nacional

Realizando una revisión de la literatura científica, no existen estudios publicados donde se aborde la calidad de vida exactamente en personas afectadas con tuberculosis a nivel nacional, sin embargo:

Dalens E, en la ciudad de Lima – Perú, en el 2012, realizó el estudio de investigación sobre: “Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac - San Martín - Los Olivos”. El objetivo fue identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I. El estudio fue de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo. La población estuvo conformada por todos los personas en situación de abandono al I esquema de tratamiento en el primer semestre 2010, considerando una muestra no probabilística intencional constituida 70 pacientes afectados por tuberculosis. El instrumento aplicado fue un cuestionario estructurado con preguntas cerradas con enfoque multidimensional de alternativas múltiples. Al término de dicha investigación se pudo concluir que:

Entre los factores psicosociales que caracterizan al abandono de tratamiento destaca el consumo de bebidas alcohólicas con mayor incidencia, que el consumo de drogas ilícitas y tabaco ⁽²⁹⁾.

Loayza L, en Lima - Perú, durante el 2015, realizó la investigación sobre: “Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar durante la segunda fase de tratamiento contra la tuberculosis en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre, 2015” con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino teniendo en cuenta sus dos componentes (físico y mental). Fue un

estudio descriptivo, prospectivo. En la población se incluyeron un total de 80 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en la segunda fase del tratamiento. Para el estudio se utilizó el instrumento tipo cuestionario SF-36. El autor luego de su investigación concluyó que:

Globalmente la calidad de vida en pacientes con tratamiento antituberculoso fue buena. En relación a las dimensiones individualmente la percepción de la salud general fue bajo ⁽³⁰⁾.

Espinoza Cueva Erlinda y Camargo Alfaro Carmen, en Lima – Perú, durante el año 2012, realizaron la investigación: “Calidad de vida en pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Microred Los Olivos”, con el objetivo de valorar la calidad de vida de estos pacientes. El diseño utilizado fue el descriptivo, de corte transversal – cuantitativo. La población estuvo conformada por 120 pacientes con tuberculosis pulmonar. Utilizaron el instrumento de WHOQOL – BREF. La conclusión a la que arribaron los autores fue:

El 11.9 % de pacientes con tuberculosis tienen una buena calidad de vida pero que el 100% de estos pacientes con tuberculosis tienen una baja percepción de la dimensión social lo que implica aspectos ligados a la faceta personal del paciente, sus relaciones personales, sus actividades sociales y el débil soporte social, lo cual desnuda la debilidad de las estrategias de intervención que los programas de salud tienen respecto al tratamiento integral hacia los pacientes con TBC ⁽³¹⁾.

Son pocos los trabajos encontrados que estudien específicamente la calidad de vida en personas con diagnóstico de tuberculosis en nuestro país, por otro lado, si se ha podido observar estudios que determinen otros factores relacionados a la enfermedad de la tuberculosis, ya que es uno de los problemas de salud pública que más aqueja a nuestro país, pero no exactamente relacionado a la calidad de vida de estos pacientes.

Los antecedentes ya sean nacionales o internacionales permiten y ayudan a conocer más sobre la repercusión del instrumento que se ha utilizado en la presente investigación, teniendo siempre el objetivo de poder aportar algo al ámbito de salud y sobre todo brindar ayuda a las personas durante el proceso de su enfermedad.

2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1. Calidad de vida

A. Definiciones generales

Según Echteld, Van Elderen, Van der Kamp, calidad de vida relacionada a la salud es el resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales, experimentar satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos ⁽²⁾.

Según Awad, es la percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial ⁽²⁾.

Según Burke, es la evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular ⁽²⁾.

Según Schipper, Clinch y Powell, los efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo paciente ⁽²⁾.

Según Bowling, son los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima ⁽²⁾.

Según Shumaker y Naughton, es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las

actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que se refleje en su bienestar general ⁽²⁾.

Según Patrick y Erickson, es el valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas ⁽²⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, es como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetiva ⁽³²⁾.

B. Teorías en relación con la calidad de vida

Calidad de vida se define como la fusión de aspectos objetivos, entre ellos las relaciones sociales, las características que se presenten ya sea en personas enfermas o sanas; y subjetivos, que engloba lo que la persona siente o le aqueja y lo manifiesta a través de palabras o gestos.

De la misma forma, la OMS menciona que la calidad de vida es la apreciación que tiene cada persona frente a su salud y su vida, tomándose en cuenta sus características, objetivos y preocupaciones. Dentro de este concepto engloba a la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea. Es por ello que la enfermería necesita ampliar y aplicar diversas teorías y prácticas fundamentándolas científicamente y sistemáticamente que influyan a la persona y a su entorno a la práctica de una vida saludable y, por lo tanto, a obtener una mejor calidad de vida.

- **Teoría del autocuidado.-** Dorothea Orem presentó su teoría en la década de los cincuenta y la publicó en 1972, definiéndola como Teoría del autocuidado, la cual está formada por tres teorías relacionadas con la persona:

Autocuidado. Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras inician y se desarrolla de forma normal, llevándose a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y su bienestar.

Déficit de autocuidado. Se produce cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad del tratamiento y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad durante el tratamiento que demanda el autocuidado existente. Aquí actúan los profesionales en salud como Enfermería.

Sistemas de enfermería. Son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos. Esta teoría aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de los pacientes, buscando conductas de independencia, bienestar y realizar diferentes acciones para prevenir complicaciones de la persona. Enfermería tiene en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida, sintiéndose útiles como persona ⁽³³⁾.

- **Teoría de incertidumbre.-** Según Mishel Merle, el concepto es la inexperiencia de la persona para enfrentar circunstancias vinculadas con alguna patología, desarrollándose en un escenario donde tiene que asumir decisiones relacionadas a los eventos actuales que perturban el estado de la persona como el estrés y afrontar la enfermedad ⁽³³⁾.
- **Teoría de afrontamiento.-** Lazarus y su colaborador define que la persona debe asimilar el estrés mediante la instrucción práctica en actividad mental, dependiendo de la conciencia y de los recursos del medio, además se necesita el apoyo de toda la familia, entorno en el que se encuentre.

El examen cognitivo es una secuencia que define por qué y hasta qué punto un vínculo o toda una relación entre la persona y el entorno son estresantes ⁽³³⁾.

C. Aspectos subjetivos de calidad de vida

- Intimidad
- Expresión emocional de la persona
- Seguridad percibida ante entornos estresantes
- Productividad personal
- Salud percibida
- Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad ⁽³⁴⁾.

D. Aspectos objetivos de calidad de vida

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud objetivamente considerada ⁽³⁴⁾.

E. Importancia de la medida de la calidad de vida relacionada a la salud

Las medidas clínicas basadas en aspectos fisiológicos o bioquímicos son de gran alcance para los profesionales de salud pero muy limitados para los pacientes a pesar de estar correlacionados al tema de la salud ⁽³⁵⁾.

Es importante que pueda medirse la calidad de vida relacionada a la salud, ya que los aspectos objetivos puedan ser similares entre dos personas, pero los aspectos subjetivos no. Dos personas podrían presentar un mismo diagnóstico pero no sentir ni comportarse igual.

El aumento de supervivencia y de las enfermedades crónicas hacen que la monitorización clínica de la CVRS sea uno de los resultados principales ⁽³⁵⁾.

Además, el uso de estos instrumentos facilitan y favorecen la relación enfermera –paciente, logrando establecer una comunicación fiable y así llegar a conocer los problemas físicos mentales o sociales que no pudieron detectarse o diagnosticarse en las evoluciones medicas usuales.

F. Salud percibida: estado de salud, estado funcional y calidad de vida

Estado de salud, funcional y calidad de vida son tres términos diferentes que se utilizan para referirse a la salud. La salud abarca muchas dimensiones, que van desde los aspectos menos valorados, como la muerte, hasta lo más positivos, como la felicidad o estar en las condiciones óptimas. La salud se puede definir en cinco dimensiones, que forman la estructura básica y donde se fundamentan todos los demás aspectos de la salud de la persona siendo las características genéticas o hereditarias, las bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, incluyendo, el estar

enfermo, la incapacidad y el estado funcional: de ir al trabajo, caminar, el estado mental: estar deprimido ausente de la sociedad ⁽³⁵⁾.

Bajo este concepto se entiende que calidad de vida y salud son ambas definiciones que están relacionadas en la persona. Ambos conceptos engloban dimensiones subjetivas y objetivas que manifiestan la situación de la persona en sus esferas físicas, sociales y psicológicas.

G. Clasificación de los instrumentos de medida de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS)

Los instrumentos genéricos son aplicados a una gran variedad de afecciones ya que cubren un amplio espectro de dimensiones sobre calidad de vida pero teniendo como dimensiones principales a la función física, social y psicológica.

Estos instrumentos de evaluación en la calidad de vida incluyen dimensiones genéricas como el estado físico, mental o social. Por su condición de genéricos, los perfiles de salud pueden utilizarse en una gran variedad de afecciones, permitiendo la comparación de las puntuaciones entre las diferentes afecciones y permiten determinar los efectos secundarios durante la toma del tratamiento en diferentes aspectos de la Calidad de vida relacionada con la salud sin necesidad de utilizar varios instrumentos. Los más utilizados son el Sickness Impact Profile, el Nottingham Health Profile, el SF-36, el EuroQol-5D y las láminas COOP/WONCA ⁽³⁵⁾.

El cuestionario creado para medición de la calidad de vida debe basarse en la persona como fuente de información, resaltando su opinión. Es decir, éste debe ser aceptado por las personas, profesionales y por los investigadores. Por tanto, al diseñar el estudio y seleccionar este cuestionario a utilizar es fundamental

maximizar la información conseguida y minimizar el trabajo en los investigadores y personas ⁽³⁶⁾.

Después de haber consultado con la literatura y haber encontrado diferentes instrumentos, que midan la calidad de vida relacionada con la salud se optó por utilizar el instrumentó Short Form-36 el cual evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. El diseño del SF –36 contiene preguntas capaces de evaluar un aspecto del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de las personas encuestadas. Actualmente, por su utilidad y contener un cuestionario de preguntas simples el SF-36 es el más usado por los investigadores en el estado de salud a nivel del mundo. El cuestionario contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud ⁽³⁷⁾.

H. Propiedades de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada a la Salud

- Validez de contenido.- Se pretende que todos los problemas que se plantean a la persona en relación con su CVRS queden reflejados en el test.
- Validez de construcción.- Se refiere al grado en que el instrumento apoya una hipótesis que establece el investigador en relación con la idea que va a evaluar
- Validez de criterio.- Es la correlación entre los resultados de la aplicación del instrumento y los resultados de la medida de un «patrón dorado».
- Fiabilidad.- Es el grado en que un instrumento está libre de error de aleatorización, se verifica en dos formas: La

consistencia interna que es el grado en que las preguntas de una dimensión se correlacionan entre ellos. La reproducibilidad es la capacidad de un instrumento para obtener puntuaciones estables.

- Sensibilidad al cambio.- Capacidad del instrumento para proporcionar puntuaciones diferentes en función de las variaciones de la calidad de vida de la persona afectada por diferente patología.
- Interpretabilidad.- Grado en el que uno puede asignar un significado cualitativo a las puntuaciones cuantitativas del instrumento aplicado en la investigación de un estudio.
- Factibilidad.- Implica las posibilidades prácticas de que el test pueda ser completado y analizado que responde al tiempo y a la factibilidad administrativa que utilicen el instrumento durante su investigación ⁽³⁸⁾.

I. Dimensiones de la variable calidad de vida

Tras los años se encontró un cierto consenso para considerar la calidad de vida relacionada a la salud como un concepto multidimensional teniendo factores físicos, psicosociales, intelectuales, y creencias de la persona etc. El “Estudio de los resultados médicos” definió a la salud física como el funcionamiento físico, las limitaciones de rol debido a la salud física, el dolor corporal y la salud general y describió a la salud mental como la energía y fatiga, el funcionamiento social y el bienestar emocional ⁽³⁹⁾.

- Dimensión física.- Es la apreciación del estado físico o la salud, ausencia de enfermedad, No hay duda de que estar en buenas condiciones general es un elemento esencial para tener una vida de óptima calidad ⁽⁴⁰⁾.

Esta dimensión puede ser evaluada fácilmente y de forma objetiva analizando todo el aspecto físico de la persona.

- Dimensión psicológica.- Que percibe el individuo en su estado cognitivo y afectivo como sentir miedo, la ansiedad, la incomunicación, en sentirse menos que los demás, la incertidumbre de un futuro. También incluye las creencias personales, espirituales, religiosas que cada individuo tiene como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento humano ⁽⁴⁰⁾.
- Dimensión sociológica.- Engloba a las relaciones interpersonales y los roles en la sociedad teniendo la necesidad del apoyo familiar y social, la relación médico - paciente, el desempeño laboral, para sentirse útil y realizar un mejor desempeño en el trabajo ⁽⁴⁰⁾

Esta dimensión debe profundizarse más para poder conocer al paciente y poder detectar problemas que no se hayan encontrado mediante la evaluación clínica convencional.

Además, se debe tener en cuenta que las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto multidimensional de calidad de vida. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general con la atención que brindan los prestadores de los diferentes niveles de salud para una atención con calidad ⁽⁴¹⁾.

2.3.2. Tuberculosis

A. Definición

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que afecta generalmente al pulmón, y es menos común presentarse en otros órganos. Se transmite de persona a persona mediante la vía

aérea, al ser expulsados por las personas enfermas al toser, hablar o estornudar. Esta enfermedad afecta el parénquima pulmonar con alto grado de contagio; sin embargo, es prevenible y curable si se detecta a tiempo ⁽⁶⁾.

B. Tipos de tuberculosis

- Pulmonar.- Es la más frecuente y contagiosa de las formas de tuberculosis, representa alrededor del 80 al 85% del total de los casos ⁽⁶⁾. Dentro de sus síntomas más comunes es la tos y expectoración por más de 15 días. Además de presentar hemoptisis o expectoración con sangre, con o sin dolor torácico y dificultad para respirar. Usualmente está acompañado de las manifestaciones clínicas generales como pérdida de peso o de apetito, fiebre, sudoración nocturna, cansancio extremo ⁽⁴²⁾.
- Extra pulmonar. Fluctúa entre el 15 al 20% de los ingresos por tuberculosis que afecta a otros órganos que no es el pulmón los síntomas de tuberculosis extra pulmonar dependerán del órgano afectado ⁽⁶⁾. Las formas extrapulmonares más frecuentes son las pleurales, ganglionares y, en menor medida, genitourinarias, osteoarticulares y gastrointestinales. A diferencia de las formas pulmonares, las localizaciones extrapulmonares tienen poblaciones bacterianas de escaso número; por esta razón, la proporción de confirmación bacteriológica en estas formas no es tan alta ⁽⁴²⁾.
Los síntomas de la tuberculosis extra pulmonar dependerán del órgano afectado.

C. Patogenia de la tuberculosis

El contagio sucede habitualmente por vía aérea de una persona enferma a una sana, al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge) que encierran a uno o dos Bacilos ⁽⁸⁾. La aspiración de Mycobacterium tuberculosis hasta los alvéolos, cuando un individuo entra en contacto por primera vez, desencadena una serie de respuestas tisulares e inmunológicas conocidas como primoinfección tuberculosa ⁽⁴²⁾.

Es muy importante el sistema inmunitario de la persona, ya que la persona al encontrarse en las mejores condiciones refiriéndose a salud, crea así una barrera entre la bacteria de las tuberculosis y evita el desencadenamiento de la patología. Durante la enfermedad pueden distinguirse tres escenarios diferentes:

- Exposición sin infección.- No se evidencia la enfermedad y el resultado de la reacción a la tuberculina es negativa.
- Infección sin enfermedad.- Reacción positiva a la tuberculina sin evidencia de enfermedad.
- Enfermedad activa síntomas y signos clinicorradiográficos y confirmación bacteriológica.- Lo más común es la reinfección endógena por microbacterias latentes capaces de resistir ocultas en el interior de algunas células o en pequeños focos caseosos en condiciones metabólicas adversas en un continuo equilibrio con las defensas orgánicas, que se rompe tras muchos años por alteraciones, transitorias o persistentes, de la inmunidad ⁽⁸⁾.

D. Sintomatología y diagnóstico

Si bien la tuberculosis pulmonar es la más común, esta enfermedad también afecta a otros órganos produciendo síntomas distintos ⁽⁴²⁾.

En general, las manifestaciones clínicas más comunes de la tuberculosis pulmonar activa son tos productiva, en algunos casos presencia de sangre en la flema, dolores torácicos, debilidad, disminución del peso, temperaturas elevadas y sudores nocturnos ⁽⁴³⁾.

E. Prevención de la tuberculosis

Las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del Bacilo de Koch, teniendo como finalidad evitar la infección y contagio.

Prevención primaria:

- Educación a las personas ya diagnosticadas. Se debe orientar y enseñar sobre el uso de mascarilla teniendo una muestra de esputo positivo. Además, se indicará sobre cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar los papeles usados en un depósito adecuado ⁽⁴⁴⁾.
- Trabajo en Equipo por parte de los establecimientos de salud y sobre todo trabajar con las personas diagnósticas.
- Promocionar la salud, como por ejemplo facilitar la ventilación natural de la casa habitada por la persona enferma con tuberculosis, centro de estudio, trabajo, en los diversos medios de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.
- Realizar charlas y sesiones para beneficiar los conocimientos de la población sobre esta enfermedad.

Prevención secundaria:

Se deben fortalecer las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de todos los casos de tuberculosis con frotis de esputo positivo.

El estudio de contactos debe realizarse de forma activa en todos los casos de tuberculosis, incluyendo el censo (registrar a todos los todos los contactos del caso , la evaluación médica a todos los contactos censados para descartar la infección o enfermedad, y el control (evaluación de contactos lo largo del tratamiento del familiar afectado) ⁽⁴⁴⁾.

Prevención terciaria:

Es el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis que presentan complicaciones durante su enfermedad. La rehabilitación laboral debe ser considerada para que la persona se reinsera a actividades productivas, sin que ello signifique que vuelva a exponerse a los mismos factores de riesgo que lo llevaron a enfermar ⁽⁴⁴⁾.

La tasa de tuberculosis en los establecimientos de salud puede llegar a ser entre 10 a 50 veces superior a la de la población general, es por ello que los servicios de salud deben optar nuevas medidas y estrategias el control de infecciones ⁽⁴²⁾.

Medidas administrativas:

- Elaboración de un plan de control de infecciones.
- Capacitación del personal de salud, pacientes y familiares.
- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del paciente con TB.
- Monitoreo de la infección y enfermedad tuberculosa en el personal de salud.

Medidas de control ambiental:

- Métodos para maximizar la ventilación natural.
- Medidas de protección respiratoria personal (Uso de máscaras N - 95 y mandiles) para el personal de salud que trabaja en contacto con ellos ⁽⁴²⁾.

F. Promoción de la tuberculosis

En el marco de la Atención Integral de Salud, la promoción de la salud busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos poblacionales tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Para el control de la tuberculosis, es necesario que las acciones de intervención estén dirigidas a la población en general, basadas en la búsqueda de nuevas estrategias y planes fomentando e incursionando las conductas saludables, donde la persona, la familia y la comunidad sean los protagonistas de estos entornos saludables. En este contexto, los Consejos Regionales de Salud, la participación ciudadana, las organizaciones sociales de base, las asociaciones de personas con tuberculosis, las instituciones públicas y privadas constituyen una red de soporte para el logro de la participación social con la finalidad de promover el autocuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud, así como favorecer la prevención y el control de la tuberculosis ⁽⁴⁴⁾.

G. Esquema de tratamiento de la tuberculosis

Desde el año 2000, la OMS anuncia que se han salvado más de 43 millones de vidas gracias al diagnóstico y el tratamiento efectivos ⁽⁴³⁾. Según se rige en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Tuberculosis, la enfermedad que es sensible a los antibióticos se trata administrando durante seis meses una combinación

estándar de cuatro medicamentos antimicrobianos, junto con la consejería, supervisión y apoyo al paciente; trabajo que realiza un profesional en salud capacitado ⁽⁴⁵⁾.

El tratamiento para personas afectadas por la tuberculosis pulmonar según anuncia la Norma Técnica de Salud se indica según los siguientes esquemas:

Esquema para TB sensible:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

- H: Isoniacida
- E: Etambutol
- R: Rifampicina
- Z: Pirazinamida

Esquemas para TB resistente:

Los medicamentos anti-TB se clasifican en grupos según su eficacia propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis.

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario

Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

- E:Etambutol
- Z: Pirazinamida
- Lfx: Levofloxacin
- Km: Kanamicina
- Eto: Etionamida
- Cs: Cicloserina (45).

H. Situación de la tuberculosis en el Mundo

La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales. Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, de los cuales 360 000 eran VIH-positivos, fallecieron por esta causa. La TB va decayendo lentamente de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y tratamientos eficaces. Sin embargo, dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta y hay que acelerar la lucha contra ella si se quieren alcanzar las metas mundiales para 2015, fijadas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El informe de este año muestra mayores cifras mundiales totales de nuevos casos de tuberculosis y de muertes por esta causa en 2013 que en años anteriores, hecho que refleja la utilización de más y mejores datos nacionales. A nivel mundial, la proporción de nuevos casos de tuberculosis multirresistente fue del 3,5% en 2013 y no ha cambiado en los últimos años. No obstante, resulta muy preocupante que los niveles de resistencia y los malos resultados terapéuticos sean mucho mayores en algunas partes del mundo ⁽¹⁰⁾.

I. Situación de la tuberculosis en el Perú

La tuberculosis es un claro ejemplo de una enfermedad multifactorial, que refleja una deuda social ante las inequidades sanitarias, relacionadas con las condiciones sociales desfavorables. Por lo tanto, la reducción de las desigualdades sociales es un punto clave en el control de la tuberculosis ⁽¹¹⁾.

Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual. Posterior a esta época la tendencia se mantuvo casi estacionaria, observándose una disminución

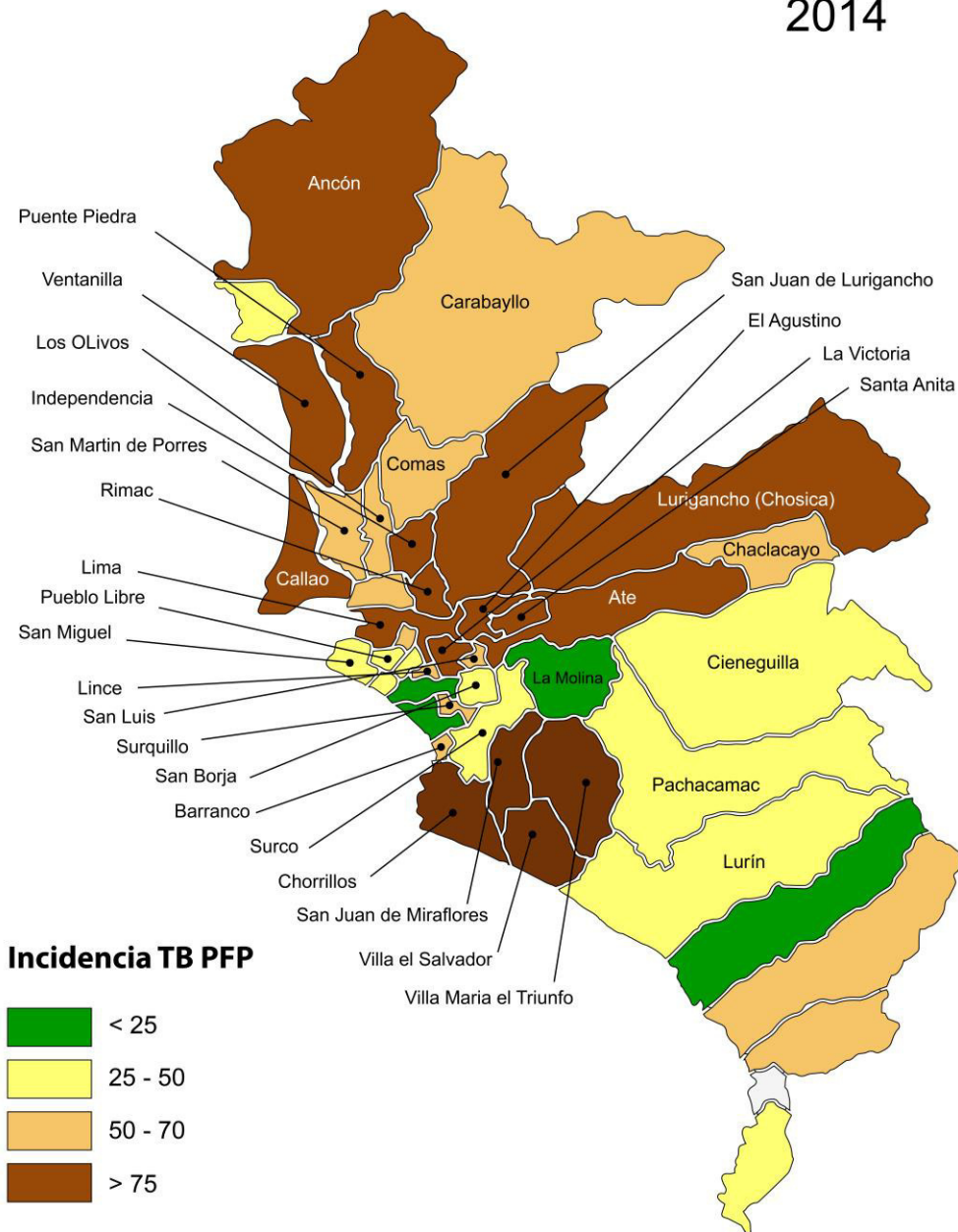
promedio anual de 2%. Para el año 2014 se reportaron en nuestro país alrededor de 27350 casos nuevos de TB y la incidencia de TB reportada fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes.

Durante el 2014 cinco departamentos (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica) presentaron incidencia de TB por encima del nivel nacional, estos departamentos reportaron el 72% de los casos nuevos notificados en el país. Nuestra capital Lima es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país (60%) y, es el tercer departamento con la incidencia más alta; el mayor porcentaje de casos se concentran en la provincia metropolitana de Lima ⁽⁴⁶⁾.

Ubicando al Distrito de San Martín de Porres con una alta incidencia según lo indica el MINSA en su Análisis de situación epidemiológica en el 2015 (Gráfico 5), y a su vez ubicando altas cifras de tipos de tuberculosis a nivel de DISA II LIMA SUR (Tabla. 2).

Gráfico 5. Incidencia de tuberculosis por distritos. Provincia de Lima, 2014

2014



Fuente: Vigilancia epidemiológica de TB-MINSA/DGE.

Tabla 2. Casos de TB notificados según tipo de evento DISA II Lima Sur, 2014*-2015*

Tipo de evento	2014*	%	2015*	%
<i>TBC Pulmonar c/ Conf. Bacteriol.</i>	2582	64.1	1396	63.9
<i>TBC Pulmonar s/ Conf. Bacteriol.</i>	656	16.3	412	18.9
<i>TBC Meningea</i>	3	0.1	1	0.0
<i>TBC extrapulmonar</i>	609	15.1	283	13.0
<i>TBC multidrogoresistente</i>	61	1.5	33	1.5
<i>TBC mono-resistente</i>	8	0.2	4	0.2
<i>TBC poli-resistente</i>	4	0.1	3	0.1
<i>TBC extensamente resistente</i>	1	0.0	0	0.0
<i>TBC abandono recuperado</i>	46	1.1	12	0.5
<i>TBC recaída</i>	57	1.4	40	1.8
TOTAL	4027	100.0	2184	100

**Hasta semana 46 (al 21 noviembre 2015)*

Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) DISA II LIMA SUR

2.4. HIPÓTESIS

Nuestro estudio no presenta hipótesis por ser de naturaleza cuantitativa de una sola variable. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho ⁽⁴⁷⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado es de enfoque cuantitativo, ya que expresa datos numéricos para la cuantificación, accediendo a su análisis y utilizando la estadística.

Según el alcance de nuestra investigación, es de estudio descriptivo. Está dirigido a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población ⁽⁴⁸⁾; por lo tanto, el estudio está dirigido a determinar cómo está la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis.

Según el periodo de nuestra investigación es de corte transversal, ya que la variable ha sido estudiada en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo ⁽⁴⁸⁾.

3.2. POBLACIÓN

En el presente estudio de investigación se trabajó con la población total. Esta población constituyó a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar que acudían al Programa de Control de Tuberculosis de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, de toda la Microred de San Martín de Porres, es decir, los dieciséis centros de salud. En general, la población estuvo conformada por 250 personas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Se seleccionó dicha población debido a que su diagnóstico médico compromete diversos factores que pueden llegar a afectar su calidad de vida en relación a su salud.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Personas afectadas por la tuberculosis pulmonar registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCTB) de los centros de salud que comprende la Microred de San Martín de Porres.

- Personas afectadas por la tuberculosis pulmonar con cualquiera de los esquemas de tratamiento (TB sensible, TB MDR, TB XDR) y en cualquier fase que se encuentren.
- Personas que hayan aceptado firmar el consentimiento informado y asentimiento informado.
- Mayores de 14 años.
- Que el entrevistado esté en capacidad física y mental de responder una encuesta.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Personas con tuberculosis extra pulmonar.
- Personas que hayan terminado su tratamiento y solo asisten por control.
- Personas que no están en capacidad física y/o mental para responder una encuesta.
- Personas residentes fuera del área de investigación.
- Personas que no hayan firmado el consentimiento informado para la participación del estudio.
- Pacientes transferidos.
- Personas que no reciban el tratamiento exclusivamente en el centro de salud.
- Personas que se nieguen a colaborar con el presente estudio.

3.3. VARIABLE

Calidad de vida

3.3.1. Definición conceptual

Luego de las revisiones en la literatura, se definió propiamente a la calidad de vida como la expresión del bienestar general que tiene una persona en relación a sus factores objetivos y subjetivos,

incluyendo el ámbito social y emocional, no solo personales sino también sociales.

3.3.2. Definición operacional

Es el nivel de bienestar general derivado de la evaluación de factores subjetivos y objetivos que las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres realizan sobre su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, considerando el impacto que estos tienen en su estado de salud, el cual será medido con el cuestionario SF- 36.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

Para poder realizar la recolección de datos en nuestra población, se utilizó la técnica de la encuesta. La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones subjetivas y objetivas al recaudar información de un número considerable de personas, así por ejemplo:

Permite explorar la opinión pública y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas ⁽⁴⁹⁾.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Para poder evaluar la calidad de vida de las personas afectadas con tuberculosis pulmonar, se aplicó el instrumento tipo escala de calidad de vida relacionado a la salud SF-36, que fue creado por The Medical Outcomes Study (MOS). El SF-36 fue diseñado para su uso en la práctica clínica y la investigación, la evaluación de políticas de salud y encuestas de población general ⁽⁵⁰⁾.

Las escalas de evaluación son aquellos instrumentos/cuestionarios que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Su carácter acumulativo las diferencia de los cuestionarios de recogida de datos, los inventarios de síntomas, las entrevistas estandarizadas o los formularios ⁽⁵¹⁾.

En consecuencia, el SF-36 ha demostrado ser útil en estudios de poblaciones generales y específicos, comparar la carga relativa de las enfermedades y en la diferenciación de los beneficios para la salud producidos por una amplia gama de diferentes tratamientos. El SF-36 fue construido para satisfacer los estándares psicométricos mínimos necesarios para comparaciones de grupos. Los ocho conceptos de salud fueron seleccionados de 40 incluidos en el estudio de resultados médicos (MOS) ⁽⁵⁰⁾.

El SF - 36 ha sido adaptado, validado y usado en más de 40 países. La traducción al español del cuestionario ha sido descrita con detalle en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life Assessment (IQOLA) que para el α de Cronbach, se ha establecido el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales ⁽⁵²⁾.

Los instrumentos existentes para medir la Calidad de vida relacionada a la Salud se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros incluyen los puntajes globales, los perfiles de salud y las medidas de la utilidad; se emplean en diferentes tipos de enfermedades, pacientes o poblaciones y permiten comparar el impacto de las enfermedades, hacer análisis de costo utilidad, obtener valores poblacionales de referencia y evaluar programas para asignar recursos. Los específicos se usan en pacientes o poblaciones para evaluar síntomas, funciones o enfermedades ⁽⁵³⁾.

Para nuestra investigación se usó la versión española del SF -36 que consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Hay dos versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud ⁽³⁶⁾.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos: Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud». Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala). Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala) (Tabla 3). Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión. Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2

maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países: algoritmos de cálculo específicos para cada país o algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana ⁽³⁷⁾.

A. Dimensiones del SF- 36

- **Función física.-** Nivel de limitación para realizar esfuerzos, grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos.
- **Rol físico.-** Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado. Tiene cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos.
- **Dolor corporal.-** Refiere a la presencia de dolor y el grado de intensidad del dolor y su efecto. Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho=1; bastante=2; regular=3; un poco= 4; nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos.
- **Salud general.-** Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta, (todo verdadero=1; bastante cierto = 2; no lo sé = 3; bastante falsa = 4; totalmente falso = 5), en un rango de 5 a 25 puntos.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social ⁽⁵⁴⁾.

- Vitalidad.- Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo=5; mucho=4, normal=3; algo=2; nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos.

La vitalidad hace referencia a la vivacidad, el entusiasmo, la energía, el vigor o la pasión por las cosas o las actividades realizadas, tal y como han plantearon diversos autores: “vitalidad es acercarse a la vida con entusiasmo y energía, no hacer las cosas a medias, vivir la vida como una aventura, tener una sensación viva y activa” ⁽⁵⁵⁾.

- Función social.- Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social con amigos, vecinos o parientes. Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre =1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo alguna vez=4; nunca=5), en un rango de 2 a 10 puntos.
- Rol emocional.- Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo. Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos.
- Salud mental.- Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre=1; casi siempre=2;

algunas veces=3; sólo alguna vez=4; nunca=5), en un rango de 5 a 25 puntos ⁽⁴⁾.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» ⁽⁵⁶⁾.

Tabla 3. Características principales del cuestionario de salud SF-36

	Nº ÍTEMS	Nº NIVELES	PUNTUACIÓN(1)
Funcionamiento físico	10	21	0 – 100
Rol físico	4	5	0 – 100
Dolor corporal	2	11	0 – 100
Salud general	5	21	0 – 100
Vitalidad	4	21	0 – 100
Funcionamiento social	2	9	0 – 100
Rol emocional	3	4	0 – 100
Salud mental	5	26	0 – 100
Transición	1	5	–
Resumen Físico	35	–	50 (10)
Resumen Mental	35	–	50 (10)

(1) Las puntuaciones 0 – 100 tienen ese rango y se interpretan como el peor o mejor estado de salud, respectivamente; en las puntuaciones 50 (10) la población de referencia tiene una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.

Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los

algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países.

Validez y fiabilidad

Luego de la revisión en diversos artículos sobre estudios en su validez y fiabilidad de este instrumento se pudo encontrar que siguiendo los criterios de evaluación de instrumentos de CVRS del Medical Outcome Trust, se recogieron los datos sobre la fiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), el modelo de medida, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio. Fueron recogidos los coeficientes α de Cronbach y de correlación intraclase (CCI), que evalúan la consistencia interna y la reproducibilidad test-retest, respectivamente. Para el α de Cronbach, se ha establecido el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales. El CCI tiene un rango de 0 (ninguna concordancia) a 1 (concordancia perfecta), y un valor superior a 0,75 se considera como acuerdo excelente. Para estudiar el modelo de medida se recogieron los resultados de análisis factoriales. La validez de constructo fue evaluada mediante comparaciones de grupos previamente definidos con diferencias esperables en CVRS, y correlaciones del SF-36 con indicadores clínicos y con otros cuestionarios de CVRS ⁽³⁷⁾.

Se puede concluir que a pesar de conocer que el SF-36 ha sido validado en países extranjeros, y que haya presencia de investigaciones en el ámbito nacional; nuestro grupo investigativo realizó la propia validación de dicho instrumento. Para ello se realizó un juicio de expertos conformado por cinco profesionales con experiencia en tuberculosis, salud comunitaria y calidad de vida. El resultado del juicio de expertos fue un 88% situándose en el rango de 80% - 90% es decir nuestro instrumento es válido como BUENO.

Para poder definir la confiabilidad se realizó una prueba piloto en la cual se utilizó una población semejante a la nuestra en la cual se obtuvo un 0.78 según el alfa de Crombach, demostrando que si fue confiable.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Fase 1: Autorización para recolección de datos

Para el desarrollo de la recolección de datos de nuestro proyecto de investigación se llevó a cabo una serie de coordinaciones con autoridades e instituciones que respaldaron nuestra investigación.

Desde inicios del semestre 2016 – I se facilitó las coordinaciones con las autoridades pertinentes, la Universidad de Ciencias y Humanidades, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud, elaboró las cartas de presentación, donde se especificó el grupo de estudiantes y el tema de investigación a desarrollarse. Estas cartas fueron entregadas a los responsables de la Red Rímac y de la Microred de San Martín de Porres a modo de solicitud, para que nos permitieran realizar la recolección de datos mediante revisión de documentos, hojas de vida, estadísticas e historias clínicas de pacientes con tuberculosis pulmonar. Además, se presentó otro documento solicitando el ingreso de nuestro instrumento y se solicitó la carta de respuesta, para iniciar con las encuestas a nuestra población de estudio.

Por otro lado, se realizaron las visitas a la Red de Salud Rímac y a la Microred de San Martín de Porres apersonándonos con la Médica Cirujana Yvette La Madrid Orue, Médica Jefe de la Microred, a quien se le explicó en forma verbal sobre el trabajo de investigación a realizar y los objetivos del mismo. Además, se mantuvo una notable comunicación con las responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de los dieciséis establecimientos de la Microred de Salud San Martín de

Porres, quienes nos otorgaron información subjetiva sobre los pacientes registrados en esta estrategia de salud. También se visitó la Municipalidad de San Martín de Porres con fines de conseguir información adicional sobre el distrito y sus características. Sin embargo, la municipalidad no estuvo en la disposición de presentar documentos ya que mencionó no tener mucha información, por lo que todo lo recolectado fue a través de páginas web, libros online y bases estadísticas como por ejemplo del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

3.5.2. Fase 2: Coordinación para recolección de datos

A partir del mes de agosto se hizo las coordinaciones para la realización del juicio de expertos y nuestra prueba piloto. Luego de una serie de comunicaciones con diversos profesionales expertos, se pudo obtener la evaluación de nuestro instrumento por cinco profesionales. Para dicho paso se solicitó la evaluación de parte de dos enfermeras con maestría y especialidad en Salud Pública y Comunitaria que trabajan en el servicio de Prevención y Control de Tuberculosis, un Neumólogo con maestría y especialidad que trabaja en un hospital conocido de nuestra capital y ha tenido la experiencia en diversos estudios investigativos, un epidemiólogo y un estadístico.

Luego de la evaluación de los expertos se realizó algunas adaptaciones en el cuestionario, con el fin de que la población que fue encuestada pueda entender con facilidad las preguntas del cuestionario. Sin embargo, cabe mencionar que la esencia de dicho instrumento NO HA SIDO CAMBIADO. Luego de la adaptación se realizó la tabla de validación de contenidos situando al instrumento SF – 36 dentro de los porcentajes de 80% - 90% es decir el instrumento es validado como BUENO.

Para poder definir la confiabilidad se realizó una prueba piloto en la cual se utilizó una población semejante a la nuestra. Para la prueba

piloto se trabajó con el C.S Carlos Cueto Fernandini del distrito de Los Olivos con un total de 15 pacientes y con la P.S. Punchauca del distrito de Carabaylo con un total de 15 pacientes, quienes cumplían con todos los criterios de inclusión. Luego de tener todas las encuestas completadas en nuestro piloto, se procedió a realizar nuestra matriz de consistencia la cual según el alfa de crombrach con un 0.78 demostró que nuestro instrumento si es confiable.

Luego de conocer que nuestro instrumento es bueno y confiable, se procedió a realizar las coordinaciones previas con la responsable del turno de cada centro de la Microred de Salud de San Martín de Porres, donde se llevó el cronograma de fechas en las cuales asistiríamos a cada servicio y aplicaríamos nuestro instrumento.

3.5.3. Fase 3: Aplicación del instrumento

Para la aplicación de nuestro instrumento se creó un calendario con las fechas establecidas para las encuestas en los dieciséis centros de salud de la Microred de San Martín de Porres, calendario de fechas que fue llevado a cada establecimiento de salud para la coordinación con las encargadas de turno del área de tuberculosis.

Al momento de las encuestas se tuvieron en cuenta las técnicas de bioseguridad, uso de uniforme correcto con mascarilla y mandilón, se utilizaron los materiales necesarios como hojas, tampón, tableros, lapiceros y la cámara de fotos que ayudo en la toma de evidencias.

Antes de iniciar con la aplicación del instrumento se conversó con cada persona que cumplía con los criterios de inclusión, y si su respuesta era apoyarnos entonces se procedía a firmar el consentimiento informado y seguidamente la hoja del cuestionario.

A todas las personas que cumplían con los criterios de inclusión se les aplicó el cuestionario SF - 36 donde a parte se pudo recoger una serie de datos sociodemográficos y clínicos: edad en el

momento de la encuesta, sexo, nivel socioeconómico, nivel de educación, diagnóstico principal de tipo tuberculosis pulmonar, tiempo de tratamiento. Durante las encuestas se estuvo al tanto de cada encuestado para así poder atender a alguna duda o inquietud.

Los datos del instrumento se recogieron a través de una encuesta oral – escrita realizada por una persona entrenada, y siguiendo en todo momento las instrucciones de los creadores y validadores del instrumento. De este modo se aseguró la participación de un mayor número de personas, así como la mejor comprensión del cuestionario.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Por tratarse de un estudio descriptivo se utilizaron los métodos y las pruebas variables estadísticas descriptivas básicas como media, moda, desviación estándar y las tablas de frecuencias relativas y acumuladas. El procesamiento de nuestros datos obtenidos mediante el cuestionario, fueron agregados a nuestra matriz en la versión 24 del programa estadístico SPSS (StatisticalPackagefortheSocialSciences). SPSS es un paquete estadístico orientado -en principio- al ámbito de aplicación de las Ciencias Sociales y que lleva en el mercado alrededor de 25 años. No es arriesgado afirmar que, en la actualidad, es uno de los paquetes estadísticos de empleo más extendido, estando disponible en gran variedad de soportes físicos ⁽⁵⁷⁾.

En el estudio que aquí se presenta, las puntuaciones «brutas» medias obtenidas por cada subgrupo de pacientes estudiados, fueron comparadas entre sí con las «normas poblacionales», siguiendo las instrucciones de los autores del cuestionario original americano. Estas puntuaciones poblacionales vienen presentadas en intervalos de 10 años de edad y siempre separadas por sexo. Además de utilizarse las puntuaciones brutas para las comparaciones citadas, se utilizaron también las puntuaciones estandarizadas obtenidas por la muestra de

pacientes con TBC pulmonar. La estandarización de las puntuaciones se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula, que es propuesta por los creadores del instrumento: $Pe = P - Ppg / DEpg$ donde Pe es la puntuación estandarizada que queremos hallar para el paciente-caso; P es la puntuación bruta del paciente-caso; Ppg es la puntuación media del grupo de la población general de igual edad (en intervalos de 10 años) y sexo que el paciente-caso; $DEpg$ es la desviación estándar de la media de la población general de igual edad y sexo que el paciente-caso. Así la puntuación resultante para cada paciente vendrá dada en desviaciones estándar sobre la puntuación de la población general de su edad y sexo, de tal modo que una puntuación por encima de 0 indica mejor CVRS que la población general, y una puntuación negativa, indica peor CVRS que la población general.

Para el cálculo de las ocho dimensiones se siguió la codificación y criterios de corrección propuestos por Ware JE. Y se obtuvieron puntuaciones transformadas que oscilan entre 0 (peor salud) y 100 (mejor salud). También se calculó una puntuación total que consiste en el promedio de las puntuaciones en las ocho dimensiones. Se calcularon la media de la distribución y la desviación estándar para cada dimensión del cuestionario SF-36.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Nuestro proyecto de investigación tuvo presente los aspectos éticos, ya que se trabajó con seres humanos y se utilizó su información personal. En primera instancia se hizo uso del consentimiento informado, aquel consentimiento en el cual la persona expresa su conformidad con respecto a participar de nuestra investigación, dejando a libertad los datos de su enfermedad. El consentimiento informado es un proceso, que se inicia, transcurre y a veces ni siquiera se clausura junto con el término de la investigación. Este proceso es una instancia en la cual lo que se busca es un diálogo entre dos personas para crear antes que nada un vínculo de confianza, que lleve a una mutua colaboración y que

conlleva compromisos, tanto por parte del investigador como del probando ⁽⁵⁸⁾.

El consentimiento informado está diseñado para informarles a los sujetos humanos que participan de la investigación sobre el propósito, los riesgos y los potenciales beneficios y alternativas a la investigación que permiten a las personas tomar una decisión acerca de si quieren participar o no, según sus propios objetivos y valores. Este intercambio de tal información debe ocurrir al momento de la inscripción y durante todo el estudio ⁽⁵⁹⁾.

Nuestro estudio de investigación también consideró al grupo etario de menores de edad, por lo que tuvieron que firmar el asentimiento informado y tener la autorización de sus apoderados.

Es posible que los menores no tengan la capacidad máxima para tomar decisiones para su propio bien; y por lo tanto se considera que los menores son una población vulnerable. Debido a que los menores no pueden suministrar un consentimiento informado, pueden proporcionar el asentimiento de participar en investigaciones, en la medida en que sean capaces, y los padres/tutores otorguen la autorización para que el menor participe de la investigación. El contenido y el lenguaje del proceso de asentimiento deben adecuarse a la edad y la etapa de desarrollo/educativa de los niños que otorgan el asentimiento. Es posible que sea necesario tener varios documentos de consentimiento o procesos de consentimiento si los menores que van a inscribirse en la investigación son de edades diferentes o están en distintas etapas de desarrollo ⁽⁵⁹⁾.

En el caso del manejo de información se usó una total confidencialidad. La necesidad de mantener la confidencialidad de la información privada existe en casi todos los estudios en los que la información se recopila a partir de o es acerca de personas vivas. En la mayoría de las investigaciones, mantener la confidencialidad es sólo cuestión de seguir algunas prácticas establecidas, por ejemplo deshacerse correctamente

de todos los documentos que contengan información; limitar el acceso a información de identificación; y/o almacenar los documentos de la investigación en gabinetes cerrados con llave o en bases de datos seguras. Existen varias maneras de hacer que la información no pueda identificarse, incluyendo la codificación y el anonimato ⁽⁵⁹⁾.

De igual manera se consideraron los principios de bioética reconociendo en todo momento al ser humano en su totalidad y el respeto de sus valores, teniendo en cuenta los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, por lo que la población en estudio tuvo la posibilidad de negar su participación o acceder de forma libre.

3.7.1. Principio de autonomía

También se hizo uso del principio de autonomía, el cual es el principio del respeto a las opiniones de las personas, si no respetamos sus decisiones, les estamos quitando la libertad de ser y actuar ⁽⁶⁰⁾.

Según nos dice el informe Belmont este principio dice que respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones ⁽⁶¹⁾.

Los presuntos participantes de la investigación deben recibir la información necesaria para determinar si quieren participar o no de la investigación. No debe existir ningún tipo de presión para que participen y deben contar con tiempo suficiente para decidir. El respeto a las personas exige que los participantes ingresen en la investigación de forma voluntaria y con la información pertinente.

3.7.2. Principio de beneficencia

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino

también procurar su bienestar ⁽⁶¹⁾. El principio de beneficencia nos pide entonces asegurar el bienestar de los pacientes implicados, maximizar los beneficios y minimizar los riesgos ⁽⁶²⁾.

3.7.3. Principio de no maleficencia

A su vez de tener en cuenta la no maleficencia, que significa "lo primero no hacer daño" (PRIMUM NON NOCERE), este principio nos obliga a todos por igual, porque nunca es ético ni lícito hacer el mal a nadie ⁽⁶⁰⁾.

3.7.4. Principio de justicia

El último pilar del consentimiento informado es el principio de justicia; éste le plantea al investigador el interrogante de quién debe cargar con los riesgos del estudio y quién debe recibir sus beneficios ⁽⁶²⁾.

El principio de la justicia puede surgir en decisiones sobre criterios de exclusión o inclusión para la participación en la investigación, y requiere que los investigadores se cuestionen si se considera incluir a los grupos sólo por su disponibilidad, su posición comprometida, o su vulnerabilidad, y no por razones directamente relacionadas con el problema que se está estudiando ⁽⁵⁹⁾.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

En nuestro estudio de investigación se obtuvo una población de 250 personas afectadas por tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres. La población se caracterizó por una edad media de 33 años con predominio de la etapa de vida “juventud” representado por un 49.6%. Además, teniendo como resultado que la población de sexo masculino predominó en el estudio con un 61 %. Se debe mencionar que quienes participaron en la encuesta fueron personas con tuberculosis pulmonar en cualquiera de sus esquemas y en cualquiera de sus fases, encontrando a encuestados que iniciaban o finalizaban su tratamiento. Las personas encuestadas con mayor predominio según su esquema de tratamiento de TBC fue esquema sensible con un 78,4%, mientras que las personas con esquema MDR se representaron por un 17,2% y un 0% en personas TB XDR.

A continuación, se presentará los resultados obtenidos del estudio de investigación en relación a los objetivos planteados. Las tablas con los resultados de datos sociodemográficos y clínicos de la población encuestada serán expresados en la sección de anexos.

Tabla 4. Calidad de vida en su dimensión función física en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	9	3,6	3,6	3,6
<i>Baja</i>	18	7,2	7,2	10,8
<i>Promedio</i>	28	11,2	11,2	22,0
<i>Alta</i>	89	35,6	35,6	57,6
<i>Muy Alta</i>	106	42,4	42,4	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 4 se puede observar que de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión función física, se evidencia que el 42.4% (n=106) tienen una muy alta calidad de vida, el 35.6% (n=89) una calidad de vida alta, el 11.2% (n=28) una calidad de vida promedio, un 7.2 % (n=18) con una calidad de vida baja y un 3.6% (n=9) con una muy baja calidad de vida respecto a esta dimensión.

Tabla 5. Calidad de vida en su dimensión rol físico en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	123	49,2	49,2	49,2
<i>Baja</i>	31	12,4	12,4	61,6
<i>Promedio</i>	27	10,8	10,8	72,4
<i>Alta</i>	12	4,8	4,8	77,2
<i>Muy Alta</i>	57	22,8	22,8	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 5 se puede observar de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión rol físico, se evidencia que destaca la calidad de vida muy baja con un 49.2% (n=123), seguidamente de una calidad de vida muy alta con un 22.8 % (n=57), el 12.4 % (n=31) con una calidad de vida baja, un 10.8 % (n=27) con una calidad de vida promedio y un 4.8% (n=12) tienen una calidad de vida alta con respecto a esta dimensión.

Tabla 6. Calidad de vida en su dimensión dolor corporal en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	9	3,6	3,6	3,6
<i>Baja</i>	30	12,0	12,0	15,6
<i>Promedio</i>	91	36,4	36,4	52,0
<i>Alta</i>	88	35,2	35,2	87,2
<i>Muy Alta</i>	32	12,8	12,8	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 6 se observa que de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en la dimensión dolor corporal, se evidencia que el 36.4% (n=91) tienen una calidad de vida promedio, seguidamente de un 35.2% (n=88) con una calidad de vida alta, un 12.8% (n=32) con una calidad de vida muy alta, un 12 % (n=30) con una calidad de vida baja y un 3.6% (n=9) con una calidad de vida muy baja respecto a esta dimensión.

Tabla 7. Calidad de vida en su dimensión salud general en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	5	2,0	2,0	2,0
<i>Baja</i>	36	14,4	14,4	16,4
<i>Promedio</i>	109	43,6	43,6	60,0
<i>Alta</i>	77	30,8	30,8	90,8
<i>Muy Alta</i>	23	9,2	9,2	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 7 se puede observar el total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión salud general, se evidencia que el 43.6% (n=109) tienen una calidad de vida promedio, el 30.8% (n=77) una calidad de vida alta, un 14.4% (n=36) una calidad de vida baja, un 9.2 % (n=23) una calidad de vida muy alta y por ultimo un 2 % (n=5) una calidad de vida muy baja en relación a esta dimensión.

Tabla 8. Calidad de vida en su dimensión vitalidad en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	4	1,6	1,6	1,6
<i>Baja</i>	17	6,8	6,8	8,4
<i>Promedio</i>	141	56,4	56,4	64,8
<i>Alta</i>	53	21,2	21,2	86,0
<i>Muy Alta</i>	35	14,0	14,0	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 8 se observa de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión vitalidad, el 56.4 % (n=141) representa una calidad de vida promedio, el 21.2% (n=53) una calidad de vida alta, un 14 % (n=35) una calidad de vida muy alta, el 6.8% (n=17) una calidad de vida baja y el 1.6% (n= 4) una calidad de vida muy baja en relación a su dimensión vitalidad.

Tabla 9. Calidad de vida en su dimensión función social en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	9	3,6	3,6	3,6
<i>Baja</i>	33	13,2	13,2	16,8
<i>Promedio</i>	64	25,6	25,6	42,4
<i>Alta</i>	103	41,2	41,2	83,6
<i>Muy Alta</i>	41	16,4	16,4	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 9 se puede observar que de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en la dimensión función social, se evidencia que el 41.2% (n=103) tienen una calidad de vida alta, el 25.6 % (n=64) una calidad de vida promedio, un 16.4% (n=41) una calidad de vida muy alta, el 13.2 % (n=33) una calidad de vida baja y un 3.6% (n=9) una calidad de vida muy baja respecto a esta dimensión.

Tabla 10. Calidad de vida en su dimensión rol emocional en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	99	39,6	39,6	39,6
<i>Baja</i>	47	18,8	18,8	58,4
<i>Alta</i>	25	10,0	10,0	68,4
<i>Muy Alta</i>	79	31,6	31,6	100,0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 10 se puede observar el total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión rol emocional, donde se evidencia que el 39.6% (n=99) tienen una calidad de vida muy baja, el 31.6% (n=79) una calidad de vida muy alta, el 18.8 % (n=47) una baja calidad de vida y el 10 % una alta calidad de vida respecto a esta dimensión.

Tabla 11. Calidad de vida en su dimensión salud mental física en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Muy Baja	1	,4	,4	,4
Baja	31	12,4	12,4	12,8
Promedio	91	36,4	36,4	49,2
Alta	95	38,0	38,0	87,2
Muy Alta	32	12,8	12,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 11 se puede observar el total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su dimensión salud mental, donde se evidencia que el 38% (95) tienen una calidad de vida alta, el 36.4% (n=91) una calidad de vida promedio, un 12.8% (n=32) una calidad de vida muy alta, un 12.4 % (n=31) calidad de vida baja y un 0.4 % (n=1) una calidad de vida muy baja en relación a esta dimensión.

Tabla 12. Calidad de vida en su componente sumario físico en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	0	0	0	0
<i>Baja</i>	107	42,8	42,8	42,8
<i>Promedio</i>	141	56,4	56,4	99,2
<i>Alta</i>	2	,8	,8	100,0
<i>Muy alta</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la Tabla 12 de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su componente sumario físico, se evidencia que el 56.4% (n=141) tienen una calidad de vida promedio, el 42,8% (n=107) mantienen una calidad de vida baja, el 0.8% (n=2) una calidad de vida alta; mientras que una calidad de vida muy alta y muy baja no se evidencia en esta dimensión.

Tabla 13. Calidad de vida en su componente sumario mental en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Muy Baja</i>	4	1,6	1,6	1,6
<i>Baja</i>	121	48,4	48,4	50,0
<i>Promedio</i>	110	44,0	44,0	94,0
<i>Alta</i>	15	6,0	6,0	100,0
<i>Muy alta</i>	0	0	0	0
<i>Total</i>	250	100,0	100,0	

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

En la tabla 14 de un total de 250 personas encuestadas según su calidad de vida en su componente sumario mental, se evidencia que el 48.4% (n=121) presentan una calidad de vida baja, el 44% (n=110) una calidad de vida promedio, el 6% (n=15) una calidad de vida alta, el 1.6% (n=4) una calidad de vida muy baja y la calidad de vida muy alta no se evidencia en este dimensión.

4.2. DISCUSIÓN

Al valorar la calidad de vida en las personas afectadas por tuberculosis pulmonar de la Microred de salud San Martín de Porres se pudo evidenciar que la población de sexo masculino predominó en el estudio con un 61.2% (n= 153) y la etapa de vida con mayor predominio fue la etapa "joven", es decir que la mayoría de personas que recibieron tratamiento por la afección de la tuberculosis pulmonar tenían un rango de edad entre 18 - 29 años evidenciado por un 49.6% (n=124), resultados que coinciden con estudios realizados en Guadalajara, México donde se estudió la Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis, de un total de 24 pacientes estudiados: 13 fueron hombres y 11 mujeres, con un rango de edad de 18 a 85 años, donde el 79.2 % fueron menores de 50 años ⁽⁶³⁾, Vinaccia et al en la investigación Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar realizado en Medellín - Colombia; obtuvo un rango de 18 a 30 años evidenciado por un 28.3% donde tuvo mayor predominio ⁽⁶⁴⁾. Lo cual podemos corroborar por nuestras experiencias personales durante nuestras prácticas comunitarias en pregrado donde hemos podido observar que diariamente jóvenes descuidan la salud por la alta demanda de responsabilidades en el estudio o trabajo, y a pesar de conocer las medidas de prevención de esta enfermedad suelen ignorarlas; confirmándose que la tuberculosis pulmonar afecta a la población económicamente activa.

Por otro lado, es importante mencionar que la mayoría de encuestados tenían una educación básica es decir el 57.2 % (n=143) solo contaban con un grado de instrucción secundaria, este dato es de suma relevancia ya que nos demuestra que el contagio de esta enfermedad muchas veces es ocasionado por la falta de educación e información sobre temas preventivos y promocionales en salud. Esto puede estar relacionado al incumplimiento de los programas de educación en todos los niveles como también de modalidades del sistema educativo, los

cuales repercuten directamente en la educación de las personas afectando su ámbito cultural y social. Es importante mencionar que la educación en la población es un elemento sustancial en la formación para la calidad de vida de las personas ⁽²⁹⁾. Es por ello, que a pesar que este ítem no entre en la sumatoria sobre la calidad de vida en personas con tuberculosis pulmonar; de igual manera nos ayuda a conocer sobre la situación de nuestra población encuestada.

El hacinamiento también se hizo notar en la población encuestada, el 31.2% (n=78) manifestaron solo tener dos habitaciones en el hogar a pesar de que el número de integrantes de familia sea mayor a cuatro, con la convivencia de niños y recién nacidos. Considerando que la convivencia en condiciones de hacinamiento es unas de las determinantes de la salud, por el cual la persona se ve afectada; sin embargo, el desconocimiento de ésta genera un riesgo para la salud de las personas que viven en hacinamiento ⁽²⁹⁾. Es importante resaltar que el trabajo por parte de profesionales en salud en el área comunitaria debe ser más estricto, no dejar de lado las visitas domiciliarias y enfatizar las actividades preventivas – promocionales. El Perú es el segundo país a nivel mundial con altas tasas de tuberculosis ⁽⁶⁾ y lo que menos se busca es que existan más contagios, estas condiciones de vida afecta en su calidad de vida y en la recuperación de la enfermedad que padecen.

Por otro lado, se discute que la mayoría de trabajos han sido realizados por casos y controles, o han usado muestras probabilísticas, lo cual diferencia notablemente a nuestra investigación, ya que como investigadoras optamos por trabajar con la población total obteniéndose 250 personas dentro de los dieciséis centros de salud encuestados que cumplían con los requisitos de inclusión. Sin embargo grandes coincidencias a nivel de las dimensiones hemos podido obtener.

En nuestro estudio las dimensiones más afectadas fueron rol físico (34,90), rol emocional (44,53), salud general (53,23) y vitalidad (56,40). Mientras que las más altas lo obtuvo la dimensión función física (72,38),

seguidamente de función social (60,59), salud mental (58,17) y dolor corporal (56,81).

Con relación a las dimensiones físicas que evalúa el SF-36, función física fue una de las dimensiones más altas con una media de 72.38, indicando que no hubo alguna dificultad entre los encuestados como por ejemplo realizar actividades diarias practicables como agacharse, subir escaleras o acciones de autocuidado, resultados que coinciden con Vinaccia et al en el estudio Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el 2007, donde la función física fue una de las dimensiones más altas, indicando que no hubo dificultad que limitara las actividades físicas y de auto- cuidado que implicaron esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio como caminar, subir escaleras, asearse, alimentarse, etc ⁽⁶⁴⁾. Sin embargo, rol físico fue la dimensión con la media más baja (34.90) situándose debajo de la puntuación 50, es decir, mostrando que la calidad de vida en esta dimensión está muy afectada y se obtuvo una muy baja calidad de vida con un 49,2 % (n=123) en esta dimensión, resultado que nuevamente coincide con Vinaccia en el 2007 donde obtuvo una media de 44.3, que por cierto fue la puntuación más baja en su estudio, indicando que hubo cierto grado de interferencia de la enfermedad para realizar actividades relacionadas con el rol diario como trabajar, buscar actividades de recreación, etc ⁽⁶⁴⁾. Caiza FJ en su estudio Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Zona de Salud N° 9 (Distrito Metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015 coincide que el rol físico es una de las dimensiones más afectadas con una media de (40.1) ⁽²³⁾. Gonzales et al en Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara - México 2013 para el rol físico que evalúa el grado en que la salud física interfiere con el trabajo y otras actividades diarias, la percepción fue la evaluación más baja de todas las dimensiones del cuestionario, con una media de 40.6 en la población de estudio ⁽⁶³⁾. Por último, Mona Faisal et al. realizaron un

estudio en Arabia Saudita sobre la Calidad de vida relacionado a la salud en pacientes con tuberculosis a pesar de no haber utilizado el mismo instrumento que nuestro estudio obtuvo que la dimensión de salud física, definido por afecciones físicas que involucren el trabajo y su vida cotidiana, obtuvo una media de 55.26, esto puede ser causado por la vida sedentaria o la falta de conciencia sobre la importancia del ejercicio físico ⁽²⁸⁾.

Por otro lado, la calidad de vida también estuvo altamente afectada en su dimensión rol emocional el cual abarca los problemas emocionales que interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo, donde se obtuvo una media de 45,53. El estudio ya mencionado anteriormente de Fernández-Plata obtuvo a los dominios más afectados la función física, el rol físico y el rol emocional con una media de 33.3 ⁽⁶⁵⁾, donde coincide con nuestra investigación haciendo referencia que cuando la persona comienza el tratamiento contra la tuberculosis, la asistencia diaria al centro de salud, el trato con otras personas enfermas, la aceptación a que es un foco de contagio; todas estas razones pueden llegar a afectar las emociones de la persona. No necesariamente se hablaría de una depresión general, pero si una baja autoestima y un estrés que impediría que la persona realice acciones como salir a comprar, ir al mercado, visitar a familiares o asistir al trabajo (luego de comprobarse el Bk negativo). Los eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente ⁽³³⁾. Es aquí donde enfermería juega un rol importante sobre la salud emocional, aconsejando, aceptando y manejando el proceso de la salud y enfermedad de la persona lo cual ayudará a mejorar su calidad de vida. De igual manera, Souza Neves et al en Brasil en su estudio SIDA y tuberculosis: la coinfección vista desde la perspectiva de la calidad de vida de los individuos donde la relación rol psicológico y emocional obtuvo una media de 13. 57 ⁽²⁶⁾.

Frente a los resultados y comparaciones podemos deducir que principalmente las dimensiones rol físico y rol emocional están relacionadas directamente con el trabajo de las personas y es por ello que al afectarse estas dimensiones, se afecta de igual manera a la población económicamente activa. Nuestro estudio arrojó un 67,6% (n=169) haciendo referencia a los encuestados que no ejercían algún trabajo, lo cual puede comprobarse con los resultados obtenidos frente a esta dimensión. La salud física de las personas afectadas por tuberculosis ha interferido notablemente en la esfera laboral llegando al punto de quedar desempleados, ya sea por dolores físicos, discomfort, debilidad, baja autoestima, estrés y más. A su vez Fernández-Plata et al nuevamente nos dice que esta disminución importante en la calidad de vida en pacientes con tuberculosis, sobre todo en las variables relacionadas a función física y vitalidad, puede ser resultado de un deterioro en la función pulmonar en los mismos, donde obtuvo una media de 31.3 en rol físico y 33.3 en rol emocional; siendo las dimensiones más afectadas ⁽⁶⁵⁾.

Por otro lado, la dimensión función social que engloba el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social con amigos, vecinos o parientes; no estuvo del todo afectada ya que se obtuvo una media 60.59. A pesar de que los problemas emocionales estén presentes en la persona afectada con tuberculosis, eso no fue un impedimento para que ellos aun sigan frecuentando a amigos y familia. Se debe tener en cuenta que el apoyo familiar en estas personas es de suma importancia para poder afrontar complejos psicológicos y sobre todo no sentirse solos. Es aquí donde entra a tallar la dimensión Salud mental la cual no estuvo tan afectada y arrojó una media de 58.57, es decir, los encuestados no presentaban depresión, ansiedad y mantenían un moderado control de su conducta y sentimientos. La salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales, o intrínsecos: Para el individuo, la sociedad y la cultura. La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y productividad de una sociedad y sus miembros ⁽⁶⁶⁾. Según

los indicadores de esta dimensión podemos discutir que a pesar que el porcentaje mayor sea en el indicador calidad de vida alta, aún existe un puntaje acumulativo de 49.2% de personas con calidad de vida promedio, baja y muy baja en relación a esta dimensión; un porcentaje que es casi la mitad de la población. Si no actuamos correctamente frente a estos resultados, se puede lograr que la población con calidad de vida promedio pase a una calidad de vida baja o muy baja. El profesional de enfermería dentro de su cuidado holístico tiene la obligación de desempeñar las actividades en relación a la salud mental de la persona, brindando la confianza y seguridad en sí mismo.

La salud general (54,16) también se encuentra dentro de las dimensiones con medias menores, donde refleja la valoración personal de la salud actual, así como las perspectivas de salud futuras y la resistencia a enfermar, similar a otros trabajos como en el Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes, Un estudio de casos y controles en el 2011”, donde la puntuación media fue de 43⁽⁶⁵⁾ y Vinaccia et al en Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar con 54.3⁽⁶⁴⁾.

Con respecto al sentimiento de energía, cansancio y agotamiento en la dimensión vitalidad se obtuvo que la mayoría de encuestados tenían una calidad de vida promedio 56.4% (n=141), donde un poco más de la mitad presentaban una sensación de entusiasmo frente a su enfermedad y a sus quehaceres diarios.

En la percepción dolor corporal se aprecia que los encuestados tuvieron una moderada relación con esta dimensión el cual fue representado con una media de 56,81. Las personas refirieron que su calidad de vida no presentaba altamente signos de presencia de dolor o un gran grado de intensidad del dolor, es por ello que en esta dimensión el mayor porcentaje fue en una calidad de vida promedio con un 36.4 %. Podemos analizar, que esto es consecuencia del inicio farmacológico del tratamiento, inmediatamente al comenzar a consumir los

medicamentos los signos y síntomas de la tuberculosis comienzan a disminuir.

Finalmente, el cuestionario SF- 36 nos brinda la opción del componente sumario físico y componente sumario mental, donde engloban todas las dimensiones ya explicadas. Sin embargo, es lamentable conocer que ambos componentes se sitúen debajo de la puntuación 50, es decir, manifiestan una calidad de vida baja frente a estos dos componentes. Todas las variables mencionadas juegan un rol importante dentro de la calidad de vida de la persona afectada con tuberculosis y según nuestro estudio todas se encuentran alteradas. Es por ello que se necesita trabajar arduamente sobre el cuidado holístico en personas con este diagnóstico., hay evidencias claras y notables que las variables físicas y psicosociales determinan el nivel de calidad de vida en estas personas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Después de analizar los siguientes resultados del presente estudio de investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La calidad de vida en pacientes afectados por la tuberculosis de la Microred de salud San Martín de Porres, Perú - Lima, 2016 se encontró afectada en todas sus dimensiones sobre todo predominando en el rol físico y rol emocional, las cuales obtuvieron puntajes menores.
- La calidad de vida en pacientes afectados por la tuberculosis de la Microred de salud San Martín de Porres, Perú - Lima, 2016 no estuvo tan afectada en las dimensiones función física y función social, dimensiones que obtuvieron los puntajes mayores.
- La etapa de vida que predominó en nuestro estudio de investigación fue la etapa "joven", quienes fueron casi la mitad de la población encuestada, es decir, que la tuberculosis pulmonar afecta a la población económicamente activa.
- Más de la mitad de la población encuestada se encontraban desempleados y habían abandonado sus labores a consecuencia de la enfermedad que padecían, relacionado a dolencias físicas y emocionales que repercutían en su trabajo; datos que pueden corroborarse en resultados de las dimensiones rol físico y rol emocional, dimensiones que fueron las más afectadas.
- La tuberculosis pulmonar aún continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo, sobre todo afectando la calidad de vida en las personas deteriorando las esferas psicológicas, físicas y sociales. Es por ello, que el personal de salud y sobre todo enfermería debe continuar trabajando arduamente para lograr que la persona concluya su tratamiento pero a su vez no alterando factores que engloban su calidad de vida.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los profesionales de salud y de enfermería que laboran en distintos establecimientos de salud, trabajar arduamente cumpliendo la Norma Técnica de Salud para el control de la tuberculosis. A su vez, conocer los resultados impartidos en este estudio para poder mejorar las atenciones a las personas afectadas por la tuberculosis pulmonar brindando calidad y humanismo, permitiendo que obtengan una calidad de vida alta.
- Se recomienda a los estudiantes de postgrado y pregrado realizar investigaciones sobre la calidad de vida en personas con este diagnóstico, sobre todo publicar científicamente las investigaciones. Es necesario que se conozca cual es el nivel de calidad de vida en personas que han sido afectadas por esta enfermedad, para poder reunir resultados y poder realizar las intervenciones frente a ello, en mejora de la población peruana y mundial.
- Se recomienda realizar investigaciones en estudios de calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar relacionándose a otras variables como por el ejemplo, diferenciando los esquemas y tipos de tuberculosis o los periodos de los tratamientos, determinando las diferencias sintomatológicas para así evaluar, comparar los resultados obtenidos y mejorar el manejo de la atención por parte del profesional de salud.
- En general, se recomienda desarrollar estudios que utilicen el instrumento del SF-36 aquí en Perú, por ser un instrumento que evalúa más parámetros en comparación a otros instrumentos de calidad de vida, incluyendo componentes sumarios mentales y físicos, y a su vez conociendo como se sentía la persona antes de enfermarse.

5.3. LIMITACIONES

- Dentro del estudio, la limitación principal fue el factor tiempo. Los pacientes que acudían a recibir su tratamiento se dirigían en horarios no establecidos, es por ello que tuvimos que adecuarnos a sus horarios. Por otro lado, algunas personas no asistían por lo que se realizaron algunas encuestas en sus domicilios.
- Otra limitación fue la falta de apoyo y concientización de algunos centros de salud frente a la promoción de la investigación. Algunos establecimientos de salud no permitían fácilmente la realización del trabajo de campo, lo cual atrasaba el cronograma establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc y Enfermería IX*. 2003;9(2):9–21.
2. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138(3):358–65.
3. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Pérez BE, Sánchez MO, Londoño A. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *An Psicol*. 2007;23(2):245–52.
4. Vinaccia S, Orozco LM. La Calidad De Vida De Personas Con Enfermedades Crónicas. *Perspect en Psicol*. 2005;1(2):125–37.
5. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2014. *Who*. 2014;171.
6. World Health Organization. Informe Mundial de Tuberculosis 2015. Vol. 1. Ginebra - Switzerland; 2015.
7. Organización Mundial de la Salud. La mortalidad de la tuberculosis se ha reducido a cerca de la mitad desde 1990. *Oms*. 2015;1(1):1–5.
8. World Health Organization. Tuberculosis in the Americas. *WHO Chron*. 2013;19:331–3.
9. Organización Panamericana de la Salud. La Tuberculosis en la Región de las Américas, informe regional 2012: epidemiología, control financiero [Internet]. 2013. 70 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22954&Itemid=
10. Ministerio de Salud. Incidencia de Tuberculosis. 2016. p. 1–3.
11. El Comercio. Cepa de TBC resistente a los antibióticos amenaza Lima. 2011;3. Available from: http://elcomercio.pe/sociedad/lima/cepa-tbc-resistente-antibioticos-amenaza-lima_1-noticia-787212
12. Ministerio de la Salud. Boletín Epidemiológico SE 46. 2015;46.

13. González R, Lupercio A, Hidalgo G, León S, Salazar J. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, México. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):13–21.
14. Municipalidad de San Martín de Porres. Creación histórica del distrito de San Martín de Porres. 2016. p. 1.
15. Degregori CI, Blondet C, Lynch N. Conquistadores de un Nuevo Mundo : de invasores a ciudadanos en San Martín de Porres. Instituto de Estudios Peruanos. 1986. 312 p.
16. Municipalidad de San Martín de Porres. Detalles del distrito de San Martín de Porres [Internet]. 2016. p. 1. Available from: <http://www.mdsmp.gob.pe/distrito.php#filterOne>
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuadro 1. Población total al 30 de junio, por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito, 2005 y proyecciones. [Internet]. 2015. p. 54. Available from: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/cuadro001_1.xls
18. Municipalidad de San Martín de Porres. Educación y Cultura [Internet]. San Martín de Porres datos abiertos. 1979. p. 2. Available from: <http://www.mdsmp.gob.pe/datos/tabs.php#tabs-3>
19. Municipalidad de San Martín de Porres. Lugares Arqueológicos de San Martín de Porres [Internet]. p. 3. Available from: <http://www.mdsmp.gob.pe/datos/tabs.php#tabs-3>
20. Municipalidad de San Martín de Porres. Municipio de SMP celebró Día Mundial de la Alimentación. 2012;1–2. Available from: <http://www.mdsmp.gob.pe/actividades.php?id=2929>
21. Red Salud Rímac - SMP -LO. Reseña Histórica Dirección de Red de Salud Lima Norte V Rímac - SMP -- LO [Internet]. 2016. p. 1–2. Available from: http://www.reddesaludrimac.gob.pe/informacion/resena_historica.html
22. Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS Lima Norte. Dirección

- de Redes Integradas de Salud - Lima Norte [Internet]. 2017. p. 1–3. Available from: <http://dirislimanorte.gob.pe/conocenos/>
23. Caiza FJ. Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la Zona de Salud N°9 (Distrito Metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015. Vol. 5. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
 24. Fernández-Plata M, García-Sancho M, Pérez-Padilla J. Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes . Un estudio de casos y controles. *Rev Investig Clínica*. 2011;63(1):39–45.
 25. Araujo L, Rodrigues A, Gir E, Gimenez M. Quality of life aspects of patients with HIV/tuberculosis co-infection. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):41–7.
 26. Souza L, Marin S, Reis R, Dos Santos C, Gir E. Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(3):704–10.
 27. Dujaili J, Syed S, Azmi M, Awaisu A, Qais A, Bredle J. Health-related quality of life as a predictor of tuberculosis treatment outcomes in Iraq. *Int J Infect Dis* [Internet]. International Society for Infectious Diseases; 2015;31(1):4–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.004>
 28. Al-Qahtani M, El.Mahalli A, Al Dossary N, Al Muhaish A, Al Otaibi S, Al Baker F. Health-related quality of life of tuberculosis patients in the Eastern Province, Saudi Arabia. *J Taibah Univ Med Sci*. Elsevier Ltd; 2014;9(4):311–7.
 29. Dalens E. Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rimac - San Martin - Los Olivos. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2012.
 30. Loayza L. Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre 2015. Universidad Ricardo Palma; 2016.

31. Espinoza E, Camargo C. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar de la Micro red de Los Olivos - 2012. Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015.
32. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional [Internet]. 2002. 81 p. Available from: <http://archives.who.int/tbs/trm/s4930s.pdf>
33. Guadalupe M, Galán N. La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol*. 2012;11(3):129–37.
34. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003;161–4.
35. Badia X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. In: *Atención primaria Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Elsevier - España; 2003. p. 250–61.
36. Madariaga I, Nuñez-Antón V. Aspectos Estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form -36 (SF-36). *Estadística Española* [Internet]. 2008;50:147–92. Available from: http://ine.es/ss/Satellite?_charset_=UTF-8&submit=Go&c=INERevEstad_C&p=1254735226759&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&rendermode=previewnoinsitem&cid=1259924965333&L=0
37. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135–50.
38. Delgado Quiroz M, Quincha Barzallo M, Méndez Suarez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatología Perú* [Internet]. 2003;13(3):172–84. Available from: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752003000300003&script=sci_arttext
39. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la

- Salud y la interdisciplinariedad. Revista Universitaria de Investigación. 2008 May;9(1):93–107.
40. Hinojosa E. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica ESSALUD AREQUIPA, 2006. Arequipa; 2006.
 41. Zúniga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex. 1999;41(2):110–8.
 42. Ministerio de Salud de Argentina. Enfermedades infecciosas: Tuberculosis. Guia para el equipo de salud. 2da ed. Vol. 1. Buenos Aires - Argentina; 2014. 1- 70 p.
 43. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. 2015. p. 1. Available from: <http://www.who.int/features/qa/08/es>
 44. Melorose J, Perroy R, Careas S. Curso de Actualizacion sobre la Tuberculosis para Médicos. Vol. 1, Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. 2015.
 45. Ministerio de la Salud. Norma Técnica de Salud para La Atencion Integral de Personas Afectadas por Tuberculosis [Internet]. NTS N°104 - MINSA/DGSP V.01 Lima; 2013 p. 1–128. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM715_2013_MINSA.pdf
 46. Ministerio de la Salud. Análisis de la situación epidemiologica de la tuberculosis en el Perú 2015. Vol. 1, Direccion General de Epidemiologia. Lima; 2015.
 47. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Analisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación. 2006. 407-499 p.
 48. Canales FH, Alvarado EL, Pineda EB. Metodologia de la investigacion. Manual para el desarrollo de personal de salud. Metodología de la investigación. 1994. 232 p.
 49. Grasso L. Encuestas: elementos para su diseño y análisis. Cordoba; 2006. 13 p.

50. Ware JE. Cuestionario de salud SF- 36. 2016. p. 1–16.
51. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* [Internet]. 2004;5(17):23–9. Available from: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
52. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bullinger M, Bungay K, et al. International project quality of life assessment (IQOLA). *Qual Life Res.* 1992;1:349–51.
53. Helena L, Héctor LA, García I, Gómez GC. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. 2006;
54. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2006 p. 20.
55. Pedrajas Sanz N. Análisis de la vitalidad como fortaleza de carácter y su relación con la actividad físico - deportiva. *EFDeportes.com.* Buenos Aires; 2015;(151):4–7.
56. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2013. p. 1. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
57. Gobierno de Chile., MIDEPLAN. Manual SPSS. In: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. 2003. p. 1–22.
58. Michaud P. Bioética e investigación con seres humanos y en animales. In: Consideraciones sobre el consentimiento informado en investigación bioética. 2006. p. 129.
59. Oficina de NIH para Investigaciones Extraintitucionales. Protección de los participantes humanos de la investigación [Internet]. 2008. p. 125. Available from: <http://pphi.nihtraining.com>
60. Galdamez C. La Enfermería y la bioética ante pacientes criticos en la medicina intensiva. *Cuad Bioética.* 1998;749–54.
61. Observatorio de Bioética y Derecho - Universidad de Barcelona. El Informe Belmont. 1979;4–6.
62. Sanjuanelo S, Caballero-Uribe C, Lewis V, Mazuera S, Salamanca J,

- Daza W, et al. Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. *Salud Uninorte*. 2007;23(1):64–78.
63. Baltazar RG, Heredia AL, Santacruz GH, Cortes SG, Estrada JG. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):13–21.
64. Vinaccia S, Fernández H, Quiceno JM, Posada ML, Otalvaro C. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *An Psicol* [Internet]. 2007;23(1):245–52. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526111>
65. Fernández-Plata MR, García-Sancho MC, Pérez-Padilla JR. Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes . Un estudio de casos y controles. *Rev Investig Clínica*. 2011;63(1):39–45.
66. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Promoción de la Salud Mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica. [Internet]. Promoción de la Salud Mental. 2004. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	Luego de las revisiones en la literatura definimos propiamente a la calidad de vida como la expresión del bienestar general que tiene una persona en relación a sus factores objetivos y subjetivos, incluyendo el ámbito social y emocional; no solo personales sino también sociales.	Es el nivel de bienestar general derivado de la evaluación de factores subjetivos y objetivos que las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de salud San Martín de Porres, realizan sobre su función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, considerando el impacto que tienen en su estado de salud, el cual fue medido con el cuestionario SF- 36.	Función física	Grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc.	10	Según escala por quintiles Muy baja Baja Promedio Alta Muy alta	Puntaje de 0-19 será considerado como una calidad de vida Muy Baja, un puntaje de 20-39 será Baja, de 40 a 59 será Promedio, de 60 a 79 será Alta y por ultimo de 80-100 indico un puntaje Muy Alta, es decir una muy buena calidad de vida.
			Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.	4		
			Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto.	2		
			Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.	5		
			Vitalidad	Vitalidad (V): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	4		
			Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.	2		
			Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.	3		
			Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.	6		

VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	ÍTEMS
Calidad de vida	Cualitativa o categórica	Ordinal	Función física	Puntaje de 0 a 100 obtenido de la encuesta SF-36.	36	5,6,7,8,9,10,11,12
			Rol físico			13,14,15,16
			Dolor corporal			21,22
			Salud general			1,33,34,35,36
			Vitalidad			23,27,29,31
			Función social			20,32
			Rol emocional			17,18,19
			Salud mental			24,25,26,28,30

Anexo B. Cuestionario de Salud SF- 36

MARQUE DONDE CORRESPONDA SEGÚN SUS DATOS PERSONALES.

1. **Género:**

- A. Femenino
- B. Masculino

2. **Edad en años cumplidos:**

_____ años

3. **Grado de instrucción:**

- A. Analfabeto
- B. Primaria
- C. Secundaria
- D. Superior técnico
- E. Superior universitario

4. **¿Hace cuántos meses le diagnosticaron la enfermedad?**

_____ meses

5. **¿Qué esquema de tratamiento es?**

- A. TBC sensible
- B. TBC MDR
- C. TBC CON VIH
- D. TBC XDR

6. **¿Cuál es el material predominante en las paredes externas de su vivienda?**

- A. Ladrillo o bloque de cemento
- B. Piedra o sillar con cal o cemento
- C. Adobe o tapia
- D. Quincha (caña con barro)

7. **La vivienda tiene servicio higiénico (wáter, excusado o letrina), conectado a:**

- A. Red pública de desagüe
- B. Pozo ciego o negro/séptico

8. **¿Cuántas habitaciones hay en su hogar?**

- A. Una
- B. Dos
- C. Tres
- D. Más de tres

9. **¿Actualmente trabaja?**

- A. Si
- B. No

En caso que su respuesta sea SI, ¿cuál es su Ocupación?

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

10. **Según su estado de ánimo, su sueño, su iniciativa diaria; usted diría que su salud general es:**

Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala	
-----------	--	-----------	--	-------	--	---------	--	------	--

11. **¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**

Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos Igual que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año	
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	-----------------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------------------	--

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE
USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL**

12. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes que lo cansen demasiado?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

13. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzo moderados, como mover una mesa, para la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

14. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

15. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

16. Su salud actual, ¿le limita o molesta subir un solo piso de la escalera?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

17. Su salud actual, ¿le limita o no le permite agacharse o arrodillarse?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

18. Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más? (mayor o igual que 100 metros)

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

19. Su salud actual, ¿le limita caminar varias cuadras? (más de cinco manzanas)

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

20. Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

21. Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?

Sí, Me Limita Mucho		Sí, Me Limita Un Poco		No, No Me Limita Nada	
---------------------	--	-----------------------	--	-----------------------	--

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Si		No	
----	--	----	--

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer (trabajar, ejercicios, cocinar, estudiar), a causa de su salud física?

Si		No	
----	--	----	--

24. Durante las 4 últimas, ¿tuvo que de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud física?

Si		No	
----	--	----	--

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Si		No	
----	--	----	--

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Si		No	
----	--	----	--

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos actividades diarias de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Si		No	
----	--	----	--

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades diarias cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Si		No	
----	--	----	--

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho	
------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-------	--

30. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno		Si, muy poco		Si, un poco		Si, moderado		Si, mucho		Si, muchísimo	
-------------	--	--------------	--	-------------	--	--------------	--	-----------	--	---------------	--

31. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas) Como dolor en el pecho, espalda, cabeza, corazón, otros?

Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho	
------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-------	--

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN DICHO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE PAREZCA MAS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió lleno de vitalidad, es decir con mucha energía?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

33. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia estuvo muy nervioso?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

34. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

35. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

36. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia tuvo mucha energía?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

37. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado y triste?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

38. Durante las 4 últimas, ¿Con qué frecuencia se sintió sin fuerzas?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

39. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió feliz?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

40. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió cansado o sin ánimo?

Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Solo alguna vez		Nunca	
---------	--	--------------	--	--------------	--	---------------	--	-----------------	--	-------	--

41. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Solo algunas veces		Nunca	
---------	--	--------------	--	---------------	--	--------------------	--	-------	--

POR FAVOR. DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

42. “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”

Totalmente Cierta		Bastante Cierta		No Lo Se		Bastante Falsa		Totalmente Falsa	
-------------------	--	-----------------	--	----------	--	----------------	--	------------------	--

43. “Estoy sano como cualquiera”

Totalmente Cierta		Bastante Cierta		No Lo Se		Bastante Falsa		Totalmente Falsa	
-------------------	--	-----------------	--	----------	--	----------------	--	------------------	--

44. “Creo que mi salud va a empeorar”

Totalmente Cierta		Bastante Cierta		No Lo Se		Bastante Falsa		Totalmente Falsa	
-------------------	--	-----------------	--	----------	--	----------------	--	------------------	--

45. “Mi salud es excelente”

Totalmente Cierta		Bastante Cierta		No Lo Se		Bastante Falsa		Totalmente Falsa	
-------------------	--	-----------------	--	----------	--	----------------	--	------------------	--

Anexo C. Ficha Técnica del Cuestionario de Salud SF- 36



Universidad
Complutense
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Ficha Técnica

IDENTIFICACION

Nombre: Cuestionario de salud SF-36

Nombre Original: The Short Form-36 Health Survey

Autores: Ware JE y Sherbourne CD.

Año: 1992 (E.E.U.U)

Versiones: La versión más reciente SF-36 2.0 (su objetivo es mejorar las características métricas de las dos escalas de Rol Emocional y Rol Físico y además, mejora la estimación de las respuestas faltantes). Por otro lado, existen dos versiones reducidas: el *SF-12* (es un cuestionario más corto usado para medir la salud física y mental en general, aunque implica una pérdida de precisión en las puntuaciones con respecto al SF-36); el *SF-8* (permite el cálculo de un perfil de ocho escalas comparable al SF-36 y también de las dos medidas sumario, físico y mental; fue construido para sustituir al SF-36 y SF-12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional). Por último está el *SF-6D* (es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias, que permite hacer evaluaciones en atención sanitaria, a partir de bases de datos del SF-36 ya disponibles o futuras). Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

Adaptación española: Alonso J, Prieto L, y Anto' JM. (1995)

DESCRIPCION

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Se ha visto útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales

Población: General y clínica, a partir de 14 años

Número de Ítems: 36 ítems, formado 8 dimensiones.

Descripción: Los 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud: Función Física, Rol Físico, dolor Corporal, salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y salud Mental. Existe una cuestión no incluida en estas 8 dimensiones, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Por el contrario, hay aspectos importantes de la salud como son el Funcionamiento Cognitivo, Sexual y Familiar, que no los evalúa este instrumento. Las opciones

de respuesta se presentan en escalas tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre dos, tres y seis según el ítem.

Criterios de Calidad:

Fiabilidad: Tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “función social” que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85.

La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de la salud y de 0.6, para función social. Si la comparación se hace con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que baja hasta 0.43.

Validez: Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios

Los valores psicométricos de la adaptación española, son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es menor.

APLICACIÓN

Tiempo de Administración: de 5 a 10 minutos

Normas de Aplicación: Se han de realizar preguntas sobre lo que piensa la persona acerca de su salud, para saber cómo se encuentra y la capacidad que tiene para hacer sus actividades diarias. Incluye tanto ítems de dos alternativas de respuesta (si/no), como ítems con distintas alternativas de respuesta, como escalas tipo Likert con distinto grado de intensidad y frecuencia según el ítem.

Corrección e Interpretación: Existen dos formas distintas de puntuación. La primera (Rand Group), establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. No todas las repuestas tienen el mismo valor, sino que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

La segunda forma (The Health Institute), da diferentes pesos específicos a cada respuesta. Las medias y desviación típica en población general española son: función física 94,4 (SD 12,8), función social 96 (SD 14,1), limitación rol: problemas físicos 91,1 (SD 25,7), limitación rol: problemas emociones 90,1 (SD 26), salud mental 77,7 (SD 17,3), vitalidad 69,9.

Momento de Aplicación: evaluación de la calidad de vida antes y después de una intervención terapéutica y evaluación de seguimiento

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencia Original:

Ware JE, Sherbourne CD. (1992) The MOS 36-item short form health survey (sf-36) I. *Med Care*, 30: 473-83

Referencia de la Adaptación Española:

Alonso J, Prieto L, Anto JM. (1995). La versión española del SF-36 Health Surcurgy (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med clin*, 104: 771-6.

Ayuso-Mateo JL, Vasquez barquero JL, Oviedo A, Diez Manrique J.F.(1999).

Measuring Health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta psychiatry scand*, 99: 26-32

Anexo D. Consentimiento Informado

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Nombre de los investigadores: Estudiantes de la Escuela Académico de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. *Murillo Rosillo VB, Ordoñez Romero PV, Paredes Tafur CR.*

Título del proyecto: “Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016”.

Propósito: El presente estudio permitirá evaluar la Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar que reciben su tratamiento en los centros de la Microred de Salud San Martín de Porres.

Si usted acepta, le pediremos hacer los siguientes procedimientos:

- Responder un cuestionario escrito que tiene una duración aproximada de 20 minutos. Cuestionario que engloba una serie de preguntas acerca de factores que han influido durante su enfermedad.
- Permitir el acceso a información existente en registros documentales.

Inconvenientes y riesgos: No existirá ningún riesgo de por medio, solo se le pedirá responder cada una de las preguntas del cuestionario con total sinceridad.

Beneficios: Como resultados de su participación en este estudio, no se obtendrá ningún beneficio directo o propio; sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más sobre las personas afectadas con tuberculosis para así poder trabajar en torno a planes o ayudas que beneficie a otras personas con el mismo diagnóstico. Además usted tendrá la posibilidad de conocer sus resultados finales.

Confidencialidad: Su participación en este estudio será anónima, es decir toda información que nos brinde serán manejados con total confidencialidad, solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, será protegida. Los resultados de dicha investigación serán mostrados de la población en conjunto y NO de manera individualizada.

Consultas posteriores: Si tiene alguna duda o desea más información sobre este estudio de investigación por favor comuníquese con: _____ al teléfono: _____.

Participación voluntaria y retiro: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Declaración: Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre todos los detalles del estudio de investigación, además de ser aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente y necesario para ello. Cabe mencionar que mi participación en este estudio es confidencial y tengo el derecho de negarme a participar o discontinuar mi participación en cualquier momento. En consecuencia,

YO, VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

San Martín de Porres, ____ de _____ del 2016

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	
Firma y/o huella digital	

Anexo E. Asentimiento informado

Hola, somos estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades; y estamos realizando un estudio de investigación. Para ello queremos pedirte tu apoyo, antes de decidir si participas o no, debe conocer la siguiente información:

Nombre de los investigadores: Estudiantes de la Escuela Académico de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. *Murillo Rosillo VB, Ordoñez Romero PV, Paredes Tafur CR.*

Título del proyecto: “Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016”.

Propósito: El presente estudio permitirá evaluar la Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar que reciben su tratamiento en los centros de la Microred de Salud San Martín de Porres.

Inconvenientes y riesgos: No existirá ningún riesgo de por medio, solo se le pedirá responder cada una de las preguntas del cuestionario con total sinceridad.

Confidencialidad: Esto quiere decir que las respuestas serán secretas, nadie conocerá sobre tu participación ni sobre tu información. Solo los investigadores.

Participación voluntaria: Quiere decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, puedes retirarte en cualquier momento, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Consultas posteriores: Si tuvieras alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o tus derechos como participante en la investigación, puedes comunicarte con: _____ al teléfono: _____.

Declaración: He leído y se me ha leído todo el consentimiento informado asimismo se me aclaró toda duda antes de firmarlo. A su vez, tuve la oportunidad de realizar preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. En consecuencia,

YO, VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTA CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

San Martín de Porres, ____ de _____ del 2016

Nombres y apellidos del participante		
Firma y/o huella digital		
Nombres y apellidos del apoderado		
Firma y/o huella digital		

Anexo F. Matriz de consistencia

Título: Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Micro red de Salud San Martín de Porres, Lima–Perú, 2016.

Autores: Murillo Rosillo V, Ordoñez Romero P, Paredes Tafur C.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEM
<p>Formulación del problema:</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Micro red de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Evaluar la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Micro red de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016.</p>	<p>El estudio no presenta hipótesis por ser de naturaleza cuantitativa de una sola variable. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho.</p>	<p>Calidad de vida</p>	<p>Función física</p>	<p>Grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc.</p>	<p>5,6,7,8,9,10,11,12</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de función física, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de rol físico, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de dolor corporal, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 			<p>Rol físico</p>	<p>Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p>	<p>13,14,15,16</p>
				<p>Dolor corporal</p>	<p>La intensidad del dolor y su efecto.</p>	<p>21,22</p>
				<p>Salud general</p>	<p>Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.</p>	<p>1,33,34,35,36</p>
				<p>Vitalidad</p>	<p>Vitalidad (V): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.</p>	<p>23,27,29,31</p>
				<p>Función social</p>	<p>Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.</p>	<p>20,32</p>

	<p>2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de salud general, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de vitalidad en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de función social, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de rol emocional, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. • Evaluar la calidad de vida en su dimensión de salud mental, en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016. 			Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.	17,18,19
				Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.	24,25,26,28,30

Anexo G. Validación por Juicio de Expertos

EXPERTOS	PROFESION	N° COLEGIATURA	LUGAR DE TRABAJO	CONGRUENCIA DE ÍTEMS	AMPLITUD DE CONTENIDO	REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS	CLARIDAD Y PRECISIÓN	PERTINENCIA	TOTAL
Dr. Moner Estefano Pallarosa Caballero	Médico – Cirujano. Responsable de epidemiología de ESNPyCTB	16978	C.S Condevilla – SMP	Bueno 85%	Excelente 95 %	Aceptable 75%	Bueno 85%	Bueno 85%	85 %
Lic. Milagros Soto Velasquez	Licenciada en Enfermería. Jefe Responsable de ESNPyCTB	36876	P,S Villa Los Ángeles – Rimac	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Bueno 85%	77%
Dr. José Argentino Nestares Rojas	Medico magister y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Docente, asesor de tesis de la Facultad de Medicina UPCH	Facultad de Medicina UPCH Red Rimac – SMP - LO	Red Rimac- MP – LO	Excelente 95%	Excelente 95%	Aceptable 75%	Excelente 95%	Excelente 95%	91%
Dr. José Gabriel Cornejo Garcia	Medico Neumólogo. Coordinador de ESNPyCTB	34837	Hospital Loayza Red Rimac – SMP – LO	Aceptable 75%	Bueno 85%	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Bueno 85%	79%
Lic. Herbert Jesus Díaz Villon	Estadístico. Jefe Coordinador Equipo de Trabajo Estadístico.	-	Red Rimac – SMP – LO	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Aceptable 75%	Bueno 85%	77
									81.8 %
									0.81

81.8 = 81%

CUADRO DE PORCENTAJES:

DEFICIENTE	0 – 69 %	65%
ACEPTABLE	70 – 80 %	75%
BUENO	80 – 90 %	85%
EXCELENTE	90 – 100 %	95 %

Anexo H. Carta de presentación para recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Resolución N° 411-2006-CONAFU
Resolución N° 178-2007-CONAFU

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGISTRO DE SALUD (DIRECCIÓN REGISTRO DE SALUD)
MESA DE PARTES
24 MAY 2016
N° REC. 3280-16
RECIBIDO
FIRMA: [Firma]

CARTA N° 029- 2016-FCS - UCH

Los Olivos, 17 de mayo de 2016

Señor:
MC. LUIS ENRIQUE RÍOS OLIVOS
DIRECTOR EJECUTIVO
RED SALUD RIMAC

12 AGO 2015
RECIBIDO
FIRMA: [Firma] 11:42

Presente.-

Asunto: Facilidades para recolección de información para trabajo de Investigación.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad de Ciencias y Humanidades y el mío propio, a la vez comunicarle que nuestras estudiantes:

MURILLO ROSILLO VERÓNICA BETSABE Código N° 12220031
ORDÓÑEZ ROMERO PAULA VIRGINIA Código N° 12220032
PAREDES TAFUR CLAUDIA ROSIBEL Código N° 12220035

Se encuentran desarrollando la tesis que lleva por título **CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA - PERÚ 2016** para obtener el título de licenciado en enfermería por lo que solicitamos a usted tenga a bien darnos su aprobación y las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria para el desarrollo de la tesis, comprometiéndonos a hacerle llegar el informe final de dicho levantamiento de información.

Sin otro en particular hago propicia la ocasión para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,

[Firma]
César Abraham Suárez Oré
DIRECTOR
Universidad de Ciencias y Humanidades
Escuela Profesional de Enfermería

www.uch.edu.pe

Anexo I. Carta de aceptación para recolección de datos



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

MEMORANDUM N°³⁸⁰ -2016-URH-OA-DE/DRS-LN-V-R-SMP-LO

A : **MC. YVETTE MADRID ORUE**
Médico Jefe Micro Red de Salud San Martín de Porres

ASUNTO : Facilidades para recolección de información para Trabajo de Investigación.

REF. : Oficio N°975-2016-DGCISRI/IGSS

FECHA : Rímac,

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente en relación al documento y asunto de la referencia, a fin de brindar las facilidades correspondientes para recolectar la información necesaria en el desarrollo de la tesis que lleva por título: **"CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORRED DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA – PERÚ 2016"** de las estudiantes de la Universidad de Ciencias y Humanidades:

- MURILLO ROSILLO VERÓNICA BETSABE
- ORDOÑEZ ROMERO PAULA VIRGINIA
- PAREDES TAFUR CLAUDIA ROSIBEL

En ese sentido, remito el proyecto de tesis presentado, conteniendo 114 (ciento catorce) folios, para la atención pertinente.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES DE SALUD UMAS NORTE Y RÍMAC SMP LO

SR. GERMAN V. BAZAN - Jefe Unidad de Recursos

Lima,

OFICIO N°975 -2016-DGCISRI/IGSS

Doctor

Luis Enrique Ríos Olivos

Director Ejecutivo

Red de Salud Rimac – San Martín de Porres-Los Olivos

Av. Proceres N°1051

Rimac

Presente.-

ASUNTO : Respuesta de Facilidades para recolección de información para trabajo de investigación

Referencia : a) Oficio N° 1170-2016-URH-OA-DE/DRS-LN-V-R-SMP-LO
b) Memorandum N° 1721-2016-ODI/RED-SA-RIMAC-SMP-LO

De mi consideración;

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y así mismo en relación al documento de la referencia , a) mediante el cual remiten la Tesis " Calidad de vida en personas afectadas con Tuberculosis pulmonar de la microredes de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú- 2016, para la atención pertinente del Comité de Evaluación; y visto el documento de la referencia b) la Red de salud R.SMP-LO, que emite opinión favorable, es que hacemos llegar el expediente para continuar con lo ya dispuesto a nivel de la Red.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente


.....
M.G. LUIS ROSALES PEREDA
Director General
Dirección General-CIS-Redes Integradas
Instituto de Gestión de Servicios de Salud

LRP/MMCH/mmch
cc. Arzobispo de Lima


11



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Dirección de Red de
Salud Lima Norte V
Rimac - SMP - LG

DECENIO DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Consolidación del mar de
Grau"

MEMORANDUM N° 224 -2016-MICRORED-SMP/RED-SA-RIMAC-SMP-LO

A : Lic. Paula Virginia Ordoñez Romero
Asunto : Aceptación Trabajo de Investigación
Fecha : San Martín de Porres, 20 de octubre del 2016.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarla y a la vez informarle que ha sido Aceptada el Trabajo de Investigación sobre la tesis "Calidad de Vida en Personas Afectadas con Tuberculosis Pulmonar de la Micro Red SMP", asimismo cabe señalar que se ha socializado con los 16 Establecimientos de nuestra jurisdicción para las facilidades del caso.

Sin otro en particular me despido de usted.

Atentamente;

YMO/rpg

Cc. Archivo



E-mail:
microredsm@yahoo.com

Jr. Díez Canseco N° 3613 – Condevilla - SMP
(Alt. Cdra. 35 Av. José Granda.)
Telef.: 569-5733

Anexo J. Carta de aprobación por la Comisión de Ética de la UCH

 **UCH** UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Resolución N° 411-2006-CORAFU
Resolución N° 178-2007-CORAFU

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

ACTA CEI N° 002	14 de septiembre de 2016
-----------------	--------------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, a los 16 días del mes de agosto del año dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: "Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016". Código ID-013.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.


POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado "Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016". Código ID-013.

 
Richard Clemente Antón Talledo
Secretario
del Comité de Ética en Investigación

 
M. Segundo Germán Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMC / PDMM

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf.: 528-0948

Anexo K. Solicitud para realización de prueba piloto



DR. CHRISTIAN MEZA VELASQUEZ
JEFE DEL PUESTO DE SALUD PUNCHAUCA
COORDINADOR DE LA ESNP y CTB
Red de Salud TUPAC AMARU


SOLICITO: Facilidades
para realizar prueba piloto para estudio de investigación

Nos es grato dirigirnos a Usted para saludarlo cordialmente y a su vez para presentarnos. Actualmente somos estudiantes de la Escuela Académico de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y estamos desarrollando nuestro trabajo de investigación titulado "**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES, LIMA – PERÚ, 2016**" para lo cual se utilizará el instrumento de tipo cuestionario SF-36, cuyo objetivo es Evaluar la calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Micro red de Salud San Martin de Porres, Lima – Perú, 2016.


Conocedores de su experiencia y trayectoria profesional en el ámbito de la salud familiar y comunitaria, solicitamos a Ud. su colaboración en brindar el permiso para realizar la prueba piloto de nuestro instrumento en el servicio de PCT del Puesto de Salud Punchauca debido a la alta demanda de pacientes que tiene y a los diferentes esquemas de tratamiento que pueden hallarse.

Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, nos despedimos de Ud.

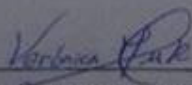
Atentamente,


Srta. Claudia R. Paredes Tafur

Código N°12220035


Srta. Paula V. Ordoñez Romero

Código N° 12220032


Srta. Verónica B. Murillo Rosillo

Código N°12220031

Anexo L. Carta de aprobación para realización de prueba piloto

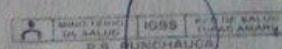
27 de Septiembre del 2016

**Alumnas de la Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Ciencias y Humanidades**

Es grato dirigirme a ustedes para saludarlas y felicitarlas por la labor desempeñada con el fin de investigar conocimientos en el ámbito del sector salud. Además, luego de la carta recibida con el fin de solicitar la realización de la prueba piloto de su instrumento que utilizaran en el estudio de investigación titulado **'CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES, LIMA – PERÚ, 2016'** aquí en el P.S Punchauca, determinamos que aceptamos dicha solicitud brindando nuestro apoyo para la realización de la prueba.

Con la confianza de que obtendrán buenos resultados damos como **ACEPTADO** la solicitud y otorgamos el permiso para iniciar con la **PRUEBA PILOTO** para su estudio teniendo un contacto directo con los pacientes que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, nos despedimos de Ud.

Atentamente,



Dr. Christian Meza Velásquez
MÉDICO JEFE

Dr. Christian Meza Velásquez


27 de Septiembre del 2016


**Alumnas de la Carrera de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Ciencias y Humanidades**

Es grato dirigirme a ustedes para saludarlas y felicitarlas por la labor desempeñada con el fin de investigar conocimientos en el ámbito del sector salud. Además, luego de la carta recibida con el fin de solicitar la realización de la prueba piloto de su instrumento que utilizaran en el estudio de investigación titulado '**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS PULMONAR DE LA MICRORED DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES, LIMA – PERÚ, 2016**' aquí en el P.S Punchauca, determinamos que aceptamos dicha solicitud brindando nuestro apoyo para la realización de la prueba.

Con la confianza de que obtendrán buenos resultados damos como ACEPTADO la solicitud y otorgamos el permiso para iniciar con la PRUEBA PILOTO para su estudio teniendo un contacto directo con los pacientes que pertenecen a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, nos despedimos de Ud.

Atentamente,

 **MINISTERIO DE SALUD**
Dirección de Red de Salud Lima Norte V
Red de Salud Tupac Amaru
P.S. PUNCHAUCA


LIC. JERTHY GARCÍA PÉREZ
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Lic. Jerthy García Pérez

Anexo M. Resultados complementarios

Tabla 14. Población para el estudio de calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>P.S. CONDEVILLA</i>	19	7,6
<i>C.S. INFANTAS</i>	36	14,4
<i>P.S. AMAKELLA</i>	11	4,4
<i>BASE SAN MARTIN DE PORRES</i>	20	8,0
<i>C.S. VALDIVIEZO</i>	13	5,2
<i>C.S. MEXICO</i>	8	3,2
<i>P.S. PERÚ III ZONA</i>	6	2,4
<i>C.S. GUSTAVO LANATTA</i>	12	4,8
<i>C.S. PERÚ IV ZONA</i>	11	4,4
<i>C.S. LOS LIBERTADORES</i>	24	9,6
<i>P.S. VIRGEN DEL PILAR</i>	12	4,8
<i>P.S. CERRO LA REGLA</i>	9	3,6
<i>P.S. SAN JUAN SALINAS</i>	24	9,6
<i>P.S. MESA REDONDA</i>	14	5,6
<i>P.S. EX FUNDO NARANJAL</i>	21	8,4
<i>P.S. CERRO CANDELA</i>	10	4,0
<i>Total</i>	250	100,0

<i>RECHAZADOS</i>	19
<i>NO ACUDIAN AL C.S.</i>	12

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

Tabla 15. Calidad de vida según dimensiones del SF-36 en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Rango</i>
<i>Función Física</i>	72,38	22,23	5,00	100,00	95,00
<i>Rol Físico</i>	34,76	41,40	,00	100,00	100,00
<i>Dolor Corporal</i>	56,81	21,62	,00	100,00	100,00
<i>Salud General</i>	53,23	17,81	5,00	100,00	95,00
<i>Vitalidad</i>	56,40	18,08	10,00	100,00	90,00
<i>Función Social</i>	60,59	20,89	,00	100,00	100,00
<i>Rol Emocional</i>	45,53	43,06	,00	100,00	100,00
<i>Salud Mental</i>	58,17	18,25	16,00	100,00	84,00
SUMARIO FISICO	42,19	7,93	20,82	60,32	39,50
SUMARIO MENTAL	41,35	10,55	17,00	65,80	48,80

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

Tabla 16. Características clínicas y sociodemográficas de la población encuestada para el estudio de calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima – Perú, 2016

CARACTERÍSTICAS		MEDIA	DE	Nº	%
				(250)	
EDAD (AÑOS)		33	16		
ETAPA VIDA	Adolescente (14-17)			13	5,2%
	Joven (18- 29)			124	49,6%
	Adulto(30- 59)			91	36,4%
	adulto mayor(60 +)			22	8,8%
GÉNERO	Femenino			97	38,8%
	Masculino			153	61,2%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto			5	2,2%
	Primaria			23	9,2%
	Secundaria			143	57,2%
	Superior técnico			47	18,8%
	Superior universitario			32	12,8%
¿HACE CUÁNTOS MESES LE DIAGNOSTICARON LA ENFERMEDAD?		4	3		
¿QUÉ ESQUEMA DE TRATAMIENTO ES?	TBC sensible			196	78,4%
	TBC MDR			43	17,2%
	TBC CON VIH			11	4,4%
	TBC XDR			0	0,0%
¿CUÁL ES EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES EXTERNAS DE SU VIVIENDA?	Ladrillo o bloque de cemento			241	96,4%
	Piedra o sillar con cal o cemento			4	2,4%
	Adobe o tapia			5	2,0%
	Quincha (caña con barro)			0	0,0%
LA VIVIENDA TIENE SERVICIO HIGIÉNICO (WÁTER, EXCUSADO O LETRINA), CONECTADO A:	Red pública de desagüe			246	98,4%
	Pozo ciego o negro/séptico			4	1,6%
¿CUÁNTAS HABITACIONES HAY EN SU HOGAR?	Una			43	17,2%
	Dos			78	31,2%
	Tres			67	26,8%
	Más De Tres			62	24,8%
¿ACTUALMENTE TRABAJA?	Si			81	32,4%
	No			169	67,6%

OCUPACIÓN	Chofer	18	22,0%
	Comerciantes	24	29,3%
	Independiente	14	17,1%
	Ayudante de cocina	4	4,9%
	Técnica de farmacia	4	4,9%
	Segregador	1	1,2%
	Archivero	1	1,2%
	Albañil	6	7,3%
	Técnico de enfermería	1	1,2%
	Mecánico	1	1,2%
	Contador	1	1,2%
	Impulsador	2	2,4 %
	Estilista	1	1,2%
	Cuidadora de pacientes	1	1,2%

Fuente: Encuesta realizada a las personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de Salud San Martín de Porres, Lima-Perú, 2016.

Anexo N. Evidencias fotográficas



VISITA AL CENTRO DE SALUD INFANTAS



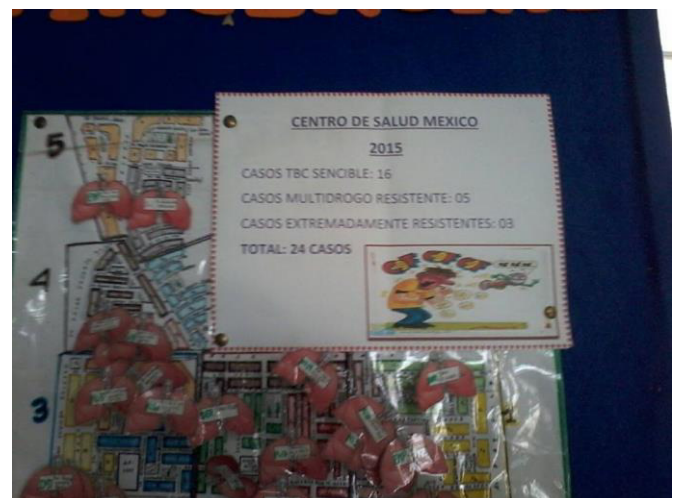


**COORDINACIONES CON LAS LICENCIADAS
RESPONSABLES DEL ÁREA DE TB**





VISITA AL CENTRO DE SALUD "SAN JUAN SALINAS" – SMP



VISITA AL CENTRO DE SALUD "MÉXICO" – SMP



**VISITA AL CENTRO DE SALUD
“EXFUNDO NARANJAL” – SMP**



**VISITA AL CENTRO DE SALUD
“AMAKELLA” – SMP**



**VISITA AL CENTRO DE SALUD
“VIRGEN DEL PILAR DE
NARANJAL – SMP**



**VISITA AL CENTRO DE SALUD
“PERÚ 3ERA ZONA”
– SMP**



**VISITA AL CENTRO DE SALUD
"CONDEVILLA" – SMP**



**ENTREGA DE EVALUACION POR
JUICIO DE EXPERTOS**



**PRUEBA PILOTO EN C.S. CARLOS CUETO
FERNANDINI – LOS OLIVOS**



SUPERVISION DURANTE LAS ENCUESTAS DE LA PRUEBA PILOTO



PRUEBA PILOTO EN LA P.S. PUNCHAUCA - CARABAYLLO

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO SF -36 ADAPTADO



