



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

**TESIS**

**Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería**

Apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis en  
dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte

**PRESENTADO POR**

Delzo Mellado, Abygail, Consuelo Del Rosario  
Ramos Moran, Eliana Elizabeth

**ASESOR**

Millones Gomez, Segundo German

**Lima, Perú, 2024**

## INFORME DE ORIGINALIDAD ANTIPLAGIO TURNITIN

---

Mediante la presente, Yo:

1. Delzo Mellado Abygail Consuelo del Rosario; identificada con DNI 70012788
  2. Ramos Moran Eliana Elizabeth; identificada con DNI 46693872
- 

Somos egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería del año 2023-1, y habiendo realizado la<sup>1</sup> Tesis para optar el Título Profesional de <sup>2</sup>Enfermería, se deja constancia que el trabajo de investigación fue sometido a la evaluación del Sistema Antiplagio Turnitin el 7 de marzo de 2024, el cual ha generado el siguiente porcentaje de similitud de <sup>3</sup>: 15 % (quince por ciento)

En señal de conformidad con lo declarado, firmo el presente documento a los 7 días del mes de marzo del año 2024.



---

**Delzo Mellado Abygail Consuelo del Rosario**  
DNI: 70012788



---

**Ramos Moran Eliana Elizabeth**  
DNI: 46693872

---

**Millones Gomez Segundo German**  
DNI: 10690269

---

<sup>1</sup>Especificar qué tipo de trabajo es: tesis (para optar el título), artículo (para optar el bachiller), etc.

<sup>2</sup>Indicar el título o grado académico: Licenciado o Bachiller en (Enfermería, Psicología ...), Abogado, Ingeniero Ambiental, Químico Farmacéutico, Ingeniero Industrial, Contador Público ...

<sup>3</sup>Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

## Apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte

### ORIGINALITY REPORT

<b>15%</b> SIMILARITY INDEX	<b>17%</b> INTERNET SOURCES	<b>10%</b> PUBLICATIONS	<b>15%</b> STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------

### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>keep.lib.asu.edu</b> Internet Source	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.uigv.edu.pe</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Student Paper	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Anahuac México Sur</b> Student Paper	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>hdl.handle.net</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet Source	<b>1%</b>

### **DEDICATORIA:**

Con especial cariño e inmenso amor a nuestros padres, quienes son las personas más maravillosas en nuestras vidas, quienes nos han impulsado a ser personas de bien y profesionales con ética y servicio a la comunidad. Ellos son el motor de nuestra vida y aunque no puedan estar siempre a nuestro lado sus enseñanzas trascienden el tiempo y su amor perdura en nuestro corazón. Los amamos.

### **AGRADECIMIENTO:**

A nuestros padres, tíos, primos y hermanos, por estar ahí siempre para nosotros apoyándonos.

A nuestros docentes, por instruirnos con paciencia y dedicación en cada uno de los pasos para culminar este proyecto.

A nuestros compañeros, quienes nos acompañaron estos años y de quienes también aprendimos mucho.

## Índice General

<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA .....	1
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	1
ESTUDIOS ANTECEDENTES .....	3
1.2 REVISIÓN DE LITERATURA .....	6
1.3 HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN .....	9
IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
<b>II. MATERIALES Y METODOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	12
2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	12
2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO.....	13
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	14
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	14
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	14
CUESTIONARIO MOS-SSS.....	14
CUESTIONARIO SF-36 .....	15
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	16
2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	16
AUTORIZACIÓN Y COORDINACIONES PREVIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	17
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO(S) DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	17
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS .....	17
2.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	18
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
3.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA POBLACIÓN .....	20
3.2 CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES Y SUS DIMENSIONES POR NIVELES .....	27
3.3 RESULTADOS INFERENCIALES .....	32
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>44</b>
4.1. DISCUSIÓN.....	44
4.2. CONCLUSIONES .....	51
4.3. RECOMENDACIONES .....	53
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>

## Índice de Anexos

ANEXO A. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	62
ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE O VARIABLES .....	64
ANEXO C. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	68
CUESTIONARIO MOS-SSS DE APOYO SOCIAL.....	69
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....	71
ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO/ASENTIMIENTO INFORMADO.....	84
ANEXO E. ACTA DE COMITÉ DE ÉTICA .....	87
ANEXO F. EVIDENCIAS DE TRABAJO DE CAMPO .....	88

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Puntajes obtenidos para la variable apoyo social .....	27
<b>Tabla 2.</b> Porcentajes obtenidos para las dimensiones de apoyo social .....	28
<b>Tabla 3.</b> Resultados obtenidos para el índice global de calidad de vida .....	29
<b>Tabla 4.</b> Resultados obtenidos de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida .....	30
<b>Tabla 5.</b> Grado de relación según coeficiente de Spearman .....	33
<b>Tabla 6.</b> Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre variables apoyo social y calidad de vida .....	34
<b>Tabla 7.</b> Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo emocional y calidad de vida .....	36
<b>Tabla 8.</b> Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y calidad de vida .....	38
<b>Tabla 9.</b> Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión interacción positiva y calidad de vida .....	40
<b>Tabla 10.</b> Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y calidad de vida .....	42

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Distribución de pacientes con tuberculosis por grupos de edad .....	20
<b>Figura 2.</b> Distribución de pacientes con tuberculosis por sexo .....	21
<b>Figura 3.</b> Distribución de pacientes con tuberculosis por nivel educativo máximo alcanzado .....	22
<b>Figura 4.</b> Distribución de pacientes con tuberculosis por estado civil .....	23
<b>Figura 5.</b> Distribución de pacientes con tuberculosis por estado laboral.....	24
<b>Figura 6.</b> Percepción del nivel de ingresos en pacientes con tuberculosis .....	25
<b>Figura 7.</b> Distribución de la percepción de ingresos de acuerdo con el nivel de estudios alcanzado en pacientes con tuberculosis.....	26
<b>Figura 8.</b> Distribución de población de acuerdo con el apoyo social obtenido .....	27
<b>Figura 9.</b> Distribución de la población por cada una de las dimensiones de apoyo social .....	28
<b>Figura 10.</b> Distribución de la población de acuerdo con el resultado en calidad de vida.....	29
<b>Figura 11.</b> Distribución de la población de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida.....	30
<b>Figura 12.</b> Tipos de correlación.....	32
<b>Figura 13.</b> Correlación gráfica entre variables apoyo social y calidad de vida .....	35
<b>Figura 14.</b> Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo emocional y calidad de vida.....	37
<b>Figura 15.</b> Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y calidad de vida .....	39
<b>Figura 16.</b> Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión interacción positiva y calidad de vida .....	41
<b>Figura 17.</b> Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y calidad de vida .....	43

## Resumen

La presente investigación tuvo como **objetivo** principal determinar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención en Lima Norte.

Respecto a la **metodología** el estudio fue de enfoque del tipo cuantitativo, no experimental de diseño correlacional y corte transversal. La población estuvo conformada por un total de 70 pacientes con tratamiento activo por tuberculosis.

Como **resultados**, se tuvo respecto al apoyo social que el 54,3% indicó tener un apoyo social "aceptable", en tanto 45,7% se ubica en un nivel de apoyo "deficiente".

En cuanto a la calidad de vida se ubicaron mayormente en los niveles promedio (40%) y bajo (40%). Asimismo, se pudo establecer un valor para la rho de Spearman de 0,400 con un valor  $p=0,001$  entre el apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis. Además, se obtuvieron valores positivos en la rho de Spearman y valores de  $p$  significativos por debajo de 0,05 para cada una de las correlaciones entre las dimensiones del apoyo social y la variable calidad de vida.

En **conclusión**, se pudo establecer que existe relación significativa positiva media entre el apoyo social y la calidad de vida de los pacientes, por ende, una mejor percepción del apoyo social impacta directamente en la calidad de vida.

**Palabras claves:** Tuberculosis, apoyo social, calidad de vida.

## **Abstract**

The main objective of this research was to determine the relationship between social support and quality of life in patients with tuberculosis receiving treatment in two primary care health centers in Northern Lima.

Regarding the methodology, the study had a quantitative, non-experimental approach with a correlational and cross-sectional design. The population was made up of a total of 70 patients with active treatment for tuberculosis.

As results, regarding social support, 54.3% indicated having "acceptable" social support, while 45.7% found themselves at a "deficient" level of support. Regarding quality of life, they were mostly in the average (40%) and low (40%) levels. Likewise, it was possible to establish a value for Spearman's rho of 0.400 with a p value = 0.001 between social support and quality of life of patients with tuberculosis. In addition, positive values were obtained in Spearman's rho and significant p values below 0.05 for each of the correlations between the dimensions of social support and the quality of life variable.

In conclusion, it was possible to establish that there is a significant positive relationship between social support and the quality of life of patients, therefore, a better perception of social support directly impacts quality of life.

**Keywords:** Tuberculosis, social support, quality of life.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Magnitud del problema

#### Situación problemática

La tuberculosis representa un desafío médico importante en la actualidad. Según información reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2022 fallecieron a raíz de esta enfermedad un aproximado de 1,3 millones de individuos, convirtiéndola en el segundo tipo de infección más letal, sólo por debajo del COVID-19 (1). Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que en nuestro continente, América, fueron reportados un aproximado de 309 000 casos de tuberculosis y un total de 32 000 muertes (2), es debido a lo anterior que la lucha contra la tuberculosis forma parte de uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados por la OMS, en el cual se identifican tres indicadores o metas a alcanzar hacia el año 2030: reducir en un 95% la mortalidad por tuberculosis en comparación a la registrada en 2015, reducir los casos de contagios en un 90% y, finalmente, evitar que las familias paguen costos excesivos en revisiones con especialistas, tratamiento y en rehabilitación (2).

En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA) mediante su Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) reportó durante el año 2022 un total de 28 339 casos nuevos de tuberculosis (3), de los cuales un 57.5% corresponden a casos reportados en la región Lima-Callao, además, las regiones de Tacna, Ucayali, Madre de Dios, Loreto y Tumbes cuentan con un riesgo de contagio alto. En adición a esto, la plataforma de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) del MINSA indica que las tasas epidemiológicas que fueron reportadas durante 2022 por cada 100 000 habitantes corresponden a 88.9 para tasa de morbilidad, 85.2 de incidencia, 50.1 de incidencia para Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP FP) y 4.9 de mortalidad, cabe mencionar que con excepción de la tasa de mortalidad, todas ellas reportan un incremento con respecto a los resultados publicados en el año 2021 en la misma plataforma (4).

Dentro del contexto en la atención a la salud primaria los esfuerzos se han concentrado en la disminución de contagios por cepas de Tuberculosis Multidrogo Resistentes (TB MDR) y Tuberculosis Extremadamente Resistentes (TB XDR), esto

debido a las cifras alarmantes publicadas por la DPCTB en su base de datos, pues en 2022 se contabilizaron 1211 casos de TB MDR y 46 de TB XDR (4), de ellos la región Lima-Callao representa un 78.5% y 83% respectivamente (3); debido a que la evidencia demuestra un crecimiento constante de cepas TB MDR nuestro país ha implementado la estrategia de Tratamientos Acortados Directamente Observados Plus o DOTS-Plus por sus siglas en inglés (5), la cual consiste en la adopción de retratamientos individualizados, así como supervisión médica constante, estos tienen por objetivo promover el apego al tratamiento, disminuir el contacto entre pacientes y personal médico y, por consecuencia, disminuir la transmisión de cepas resistentes a antibióticos.

A pesar de los esfuerzos por educar a la población con respecto a la tuberculosis, hoy en día, de acuerdo con estudios realizados, los pacientes con tuberculosis siguen siendo discriminados ampliamente (6), debido a esto existe un gran interés en combatir la ignorancia y la discriminación que sufren estos pacientes, por ello es muy importante el estudio intensivo del apoyo social. En la actualidad la OMS considera de alta prioridad la lucha contra la tuberculosis (1), promoviendo en materia de salud pública el combate contra la discriminación hacia estos pacientes y la lucha por tratamientos accesibles para este grupo vulnerable.

El apoyo social se entiende como aquel soporte psicológico, físico o financiero que recibe un paciente a través de su familia, amigos, vecinos o miembros de una comunidad (7), es un factor clave en la restauración de la salud del enfermo, demostrando tener un impacto directo en el autocuidado de los pacientes durante el transcurso de esta enfermedad (8), siendo fundamentales las dimensiones relacionadas al apoyo afectivo, emocional e instrumental pues tienen un impacto directo en la habilidad de los pacientes para integrarse a los cuidados que demanda su recuperación. Por otro lado, diversos especialistas hacen énfasis en orientar a la familia sobre las consecuencias negativas de la violencia y fortalecer en los pacientes los temas de autoestima y comunicación asertiva (9).

Actualmente se considera que la atención médica no debería limitarse únicamente a combatir al agente infeccioso, sino que es necesario emplear un esquema de tratamiento integral en los pacientes con el fin de, no solamente tratar las afecciones fisiológicas, sino también mejorar la calidad de vida, convirtiéndose ésta en un factor

relevante de estudio, sin embargo, ¿Qué es la calidad de vida? Se entiende por calidad de vida a la apreciación de una determinada persona sobre su condición de vida en referencia a sus valores culturales y su entorno social y valores en que se desenvuelve (10), de acuerdo con estudios realizados en el Perú, en pacientes con tuberculosis esta variable se ve gravemente afectada en distintas áreas, entre ellas, de manera sobresaliente la dimensión social (11), pues el estigma con el que viven debido al riesgo de contagio causa en ellos más molestia que incluso la afección física de sus cuerpos.

Es entonces innegable que existe un gran interés por indagar en las características presentes en pacientes que padecen tuberculosis; el apoyo que reciben de parte de familiares, amigos y su comunidad puede repercutir en el desarrollo de la enfermedad o en la gravedad de la sintomatología y, por ende, en el impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida a mediano o largo plazo; como profesionales es nuestro deber ético y moral ayudar a nuestros pacientes y brindar un apoyo integral a su salud, esto incluye, asesor a nuestros pacientes y sus familiares.

### **Estudios antecedentes**

Debido a esto ha existido un gran interés a nivel mundial por estudiar e identificar aquellas variables sociales que afectan al apoyo social y calidad de vida de pacientes con tuberculosis, como ejemplo, en una investigación conducida por Rafiq et al. (12) en el año 2021 y aplicada a una población de 1019 pacientes con tuberculosis de la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, Pakistán, se demostró la correlación entre una buena calidad de vida y variables de apoyo social alto, en la dimensión de apoyo instrumental resaltó un nivel socioeconómico medianamente alto con presencia de vivienda digna, salario superior a 750 dólares mensuales, mayor nivel de escolaridad y buena nutrición; además en el rol de interacción positiva aquellos pacientes con calidad de vida alta eran también quienes referían contar con apoyo de familiares y amigos, en contraste, pacientes con mala calidad de vida refieren desconocimiento de su enfermedad y aislamiento social. Resultados similares son descritos por Chen et al. (13), en un estudio realizado en la provincia de Liaoning, China, en el año 2021 y aplicado a través de un estudio transversal mediante entrevista a 481 pacientes con tuberculosis cuyo objetivo

consistió en analizar la relación entre el apoyo social, el estigma social y su efecto sobre la calidad de vida, concluye que un apoyo social alto es un factor clave que repercute en a mejorar el sentimiento de discriminación y angustia psicológica en los pacientes y, que a su vez, contribuye a un mejor nivel de calidad, lo anterior queda demostrado mediante una correlación negativa presente entre el puntaje de apoyo social respecto a la variables estigma social ( $r=-0.263$ ) y que, de forma opuesta, es positivo para la variable calidad de vida ( $r=0.579$ ).

Por otra parte, estudios como el realizado por Zarabova et al. (14) en Harare, Zimbabue, están enfocados en analizar de manera inversa los efectos del estigma y el aislamiento que sufren pacientes con tuberculosis, en dicho estudio realizado durante el año 2018 se aplicó un estudio del tipo descriptivo, transversal, a una población de 378 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, encontrando valores bajos de apoyo social en las áreas correspondientes a amistades y familia cercana, mientras que en la variable calidad de vida los pacientes refieren incapacidad para realizar actividades de autocuidado y trabajo independiente, mediante un análisis del tipo correlacional se pudo concluir que la ausencia del apoyo social evita que los pacientes empiecen un tratamiento adecuado de manera oportuna debido a los prejuicios y rechazos que sufren en sus comunidades, a su vez esto disminuye la calidad de vida pues se observa en ellos altos niveles de depresión y ansiedad.

Por otro lado, en nuestra región Sudamérica, se han llevado a cabo esfuerzos por mantener en la población afectada por tuberculosis un control más estricto de adhesión a los tratamientos médicos (5), es por esto que la importancia de estudiar el apoyo social que reciben los pacientes no puede ser desestimada, por ejemplo, en un estudio dirigido por Neves et al. (15), en el municipio de Ribeirão Preto-SP, Brasil, se aplicó sobre una población de 391 pacientes un estudio transversal cuyo objetivo fue la determinación y relación entre las variables calidad de vida y apoyo social mediante los instrumentos WHOQOL-VIH y Social Support Inventory for positive HIV respectivamente, obteniendo como resultados un apoyo social deficiente en el área de apoyo emocional y bajo en las dimensiones de calidad de vida rol físico y utilitario además, mediante un análisis de correlación, se pudo determinar una correlación alta entre las escalas apoyo instrumental y apoyo emocional de la variable apoyo social con respecto a la dimensión de rol física de

calidad de vida; de esta forma se concluye que el apoyo social vinculado al soporte instrumental de las instituciones junto al apoyo relacionado a las relaciones sociales de los pacientes pueden ser factores decisivos en el curso de la enfermedad, ya que gracias a ellos se puede mantener una mejor adhesión al tratamiento.

En el Perú aún son pocas las investigaciones que vinculan el apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con tuberculosis, la mayoría optan por estudiar dichas variables por separado, por ejemplo la investigación conducida por Cajachagua et al. (8) y publicada en 2020, la cual analizó a una población de 114 pacientes con tuberculosis del Hospital de Huaycán, distrito de Ate, Lima, se analizaron las variables de apoyo social y autocuidado mediante el uso de los instrumentos MOS-SSS y PEPS-1 respectivamente, encontrando que, para la variable del autocuidado, las dimensiones de nutrición y apego al tratamiento eran las más afectadas al ser estas inadecuadas en el 56% y 52% de los pacientes respectivamente, mientras que para el apoyo social las más afectadas fueron apoyo emocional y material con 56% y 52% respectivamente, la correlación entre las variables demostró ser alta con un valor de significancia  $p=.00001$ , debido a esto se concluye un efecto directo entre el apoyo social y conductas de prevención como lo son el cuidado nutricional y adhesión al tratamiento. Otros estudios focalizan su atención en poblaciones clínico-patológicas más específicas, como la realizada por Mendoza et al. (16) en 2018 que, a través de un estudio del tipo descriptivo - transversal correlaciona ambas variables en una población de 30 pacientes con cepas de tuberculosis MDR en el Centro de Salud Materno – Infantil “El Progreso” en Carabayllo, Lima, mediante la aplicación de los instrumentos MOS-SSS y SF-36 para las variables apoyo social y calidad de vida respectivamente, encontrando valores bajos para las dimensiones de interacción social positiva y afectiva en un 60% y 46% de la población mientras que, en calidad de vida, las dimensiones peor puntuadas son rol emocional y dolor corporal con 50% y 46% de la población con puntaje bajo, finalmente se obtuvo una correlación de Spearman de 0.901 entre ambas variables, haciendo especial hincapié en las escalas de interacción social y dimensión afectiva debido a su gran impacto sobre la calidad de vida en sus dimensiones rol emocional y dolor corporal factores con gran impacto en el curso de la enfermedad.

## 1.2 Revisión de literatura

### Marco teórico referencial

#### Tuberculosis

La tuberculosis es, según la Organización Panamericana para la Salud (OPS), una enfermedad del tipo infecciosa ocasionada por el agente microbiológico *Mycobacterium tuberculosis* y cuya sintomatología está frecuentemente relacionada, pero no exclusivamente ligada, a la afección pulmonar; el contagio suele llevarse a cabo de persona a persona a través de partículas que viajan por el aire. La sintomatología incluye principalmente tos, dolor torácico, disminución del peso, pirexia y sudación nocturna, sin embargo, también se han presentado casos de infección asintomática en aquellos pacientes con un sistema inmunológico resistente (2).

La OMS señala que la tuberculosis sensible a los antibióticos puede ser tratada a través de un esquema de combinación de antibióticos que se administran durante seis meses al paciente, a su vez, se recomienda que esta sea acompañada de una charla informativa como parte del apoyo brindado por el personal médico, sin ese apoyo la adhesión al tratamiento puede verse interrumpida (1).

#### Apoyo social y calidad de vida

Nuestra primera variable se trata del apoyo social, de acuerdo con el National Institute of Cancer de EE. UU. el apoyo social se entiende como aquel soporte al campo psicológico, físico o financiero que recibe un paciente a través de su familia, amigos, vecinos o miembros de una comunidad (7). Debido a que se busca analizar la realización entre el apoyo social y su importancia para la salud se eligió a la calidad de vida como nuestra segunda variable a estudiar, de acuerdo con la OMS la calidad de vida es la apreciación de un determinado individuo sobre su condición de vida en referencia a sus valores culturales y su entorno social y valores (9).

A menudo se han relacionado las conductas de vida sana y la presencia de una buena calidad de vida con una recuperación óptima de la salud ante el curso de una enfermedad, sumado a esto, el interés y el apoyo brindado por amigos, familiares y comunidad provocan que el paciente esté motivado a participar de su autocuidado, siendo este entendido como aquella capacidad que tienen los pacientes para promover su salud a través de actividades como la prevención o un tratamiento para

atender los síntomas de sus enfermedades o discapacidades, pudiendo ser esta atención con o sin la presencia de un proveedor de servicios médicos (17).

Las dimensiones que comprenden una calidad de vida sana se dividen dos grandes grupos, aquellas relacionadas al estado físico del cuerpo y que, de acuerdo a su enfoque, puede entenderse en 4 dimensiones distintas, a la capacidad de realizar alguna actividad sin presencia de dolor o limitación corporal se le conoce como función física y la OMS la define como la capacidad de efectuar cualquier actividad que realiza el cuerpo a través de sus músculos esqueléticos con el fin de realizar alguna tarea como desplazarse, sostener peso o como parte de un trabajo realizado por el individuo (18). También se evalúa de manera importante la dimensión de Rol Físico, que, aunque esta directamente ligada a la dimensión función física, esta se entiende como el grado en que la salud del paciente interfiere en el trabajo y otras actividades diarias relacionadas con el rendimiento del paciente en actividades comunitarias (19). Para determinar la severidad con el que el paciente muestra una afectación producto de su discapacidad se considera la dimensión Dolor Corporal como aquella experiencia angustiante relacionada con daño tisular real o potencial que va acompañada de componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales (20). Por último, también se toma en cuenta la percepción del paciente sobre su salud general, esta dimensión queda definida como la valoración personal de la salud que considera su estado actual, así como la resistencia del individuo y las perspectivas a futuro (19).

El otro amplio aspecto de la calidad de vida contempla la salud mental y emocional del individuo, en ella encontramos la dimensión Salud Mental, esta se define como el estado de bienestar psicológico que permite al individuo lidiar ante adversidades o situaciones de estrés cotidianos (21). El Rol Emocional consiste en el aspecto entendido como el grado en que el malestar psicológico, la depresión o la ansiedad imposibilitan al paciente realizar sus actividades diarias. Otra dimensión importante para el bienestar del paciente consiste en el Rol Social, de acuerdo con el grupo WHOQoL este se define como el grado en que el paciente puede desenvolverse en el ámbito familiar, social y comunitario de manera efectiva (19). Por último, se debe considerar la vitalidad del paciente, esta dimensión es definida por el Instituto Nacional de Cáncer de los EE. UU. como la capacidad del paciente para vivir, crecer

y desarrollarse y está relacionada a su energía visible a través del ánimo, vigorosidad y actividad del paciente (22).

Por su parte, la existencia del apoyo social podrá medirse a través de las habilidades sociales que el paciente pueda demostrar, estas podrán observarse en los contextos personales, como las habilidades del paciente para hacer entender sus ideas o sentimientos, plantearse metas y autopercepción; pero también en el contexto interpersonal, como ejemplo la capacidad del paciente de sentir empatía y comunicar sus emociones (23).

Las dimensiones pueden identificarse de acuerdo a los aspectos del apoyo social a identificar, encontrando principalmente: Estructura, la cual se entiende como la existencia y el tamaño de las relaciones sociales con las que el paciente cuenta (24); disponibilidad de recursos, también conocida como apoyo instrumental, de acuerdo a Vega Angarita y Gonzáles Escobar (25) corresponde a la cantidad de bienes materiales o recursos económicos con los que el paciente disponga para sobrellevar alguna enfermedad o discapacidad a través de un tratamiento médico o rehabilitación física; Interacción social a la sensación del paciente de contar con relaciones que le permitan estar acompañado socialmente y realizar con ellos actividades recreativas; otra función del apoyo social es la informacional, la cual se percibe con la ayuda por parte de familiares, amigos o recurso humano que ayuda al paciente ofreciendo guía o consejo para trazar métodos y estrategias para enfrentar afectivos los eventos problemáticos durante el curso de la enfermedad; finalmente esta la función emocional, la cual engloba a aquellos vínculos emocionales que le permitan al paciente sentirse parte de un grupo y que provee al paciente de sentimientos de estima, confianza y seguridad (26).

Debido a lo anterior, nuestro estudio se basa en la teoría del Déficit del Autocuidado propuesta por Orem, cuyos preceptos consisten en estudiar la vinculación que existe entre las necesidades terapéuticas del paciente y las actividades de autocuidado que se ven alteradas por las capacidades del paciente, siendo los componentes terapéuticos que involucran dicho cuidado imposibilitados de manera total o parcial (26). Esta teoría abarca también las actividades con las que las instituciones de salud pueden compensar a los pacientes, ya sea de manera total, parcial o educativa, las carencias que imposibilitan el desarrollo de su salud integral.

### **1.3 Hipótesis, objetivos y justificación**

#### **Hipótesis de investigación**

**Hipótesis alternativa (H1):** Existe relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.

**Hipótesis nula (H0):** No existe relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.

#### **Hipótesis específicas**

H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo efectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo efectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento

en centros de primer nivel de atención.

### **Objetivo del estudio**

#### **Objetivo general del estudio:**

Determinar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.

#### **Objetivos específicos del estudio:**

- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Identificar el nivel de apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Identificar el nivel de las dimensiones del apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Identificar el nivel de calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.
- Identificar el nivel de las dimensiones de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.

#### **Importancia y justificación de la investigación**

Con relación a la justificación de nuestro trabajo de investigación, podemos mencionar que realizamos una búsqueda minuciosa y exhaustiva en las distintas bases de datos usadas para investigación científica en las plataformas de acceso a contenido de información de salud. Al realizar la búsqueda de información pudimos constatar que en nuestro país existe poca información e investigaciones que traten

el apoyo social y calidad de vida de pacientes con tuberculosis, asimismo, tampoco se han realizado esfuerzos por detectar y localizar de manera más específica la problemática por la que viven las comunidades de Lima Norte en relación con la tuberculosis y sus consecuencias en la calidad de vida. Por ello, en nuestra investigación podemos afirmar que con los resultados llenaremos el vacío de conocimiento existente.

Nuestro estudio de investigación cuenta con un valor teórico ya que permitirá enriquecer con los resultados estadísticos la información concerniente a la relación entre el apoyo social y la calidad de vida de pacientes con tuberculosis y si esta influye de manera negativa o positiva.

Asimismo, el valor práctico busca brindar un acercamiento y obtener referencias para futuras investigaciones sobre la relación entre el apoyo social y la calidad de vida presente en pacientes con tuberculosis.

Cuenta con impacto social, ya que se busca concientizar a través del acceso a campañas de educación sobre la importancia del apoyo social y la calidad de vida, buscando crear un cambio de consciencia en relación con el impacto que existe entre ambas, además de motivar al sector salud a seguir brindando una atención integral a aquellos pacientes diagnosticados con tuberculosis.

Por último, el valor metodológico de nuestra investigación consiste en el cumplimiento de las especificaciones establecidas, tomando como base el uso del método científico y el marco teórico-metodológico que se necesitan para la culminación exitosa de esta investigación. Asimismo, a través de ello se obtienen resultados que van a permitir fortalecer la investigación en el ámbito de la relación existente entre el apoyo social y la calidad vida en pacientes con tuberculosis.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1 Enfoque y diseño de investigación**

El presente estudio optó por un enfoque del tipo cuantitativo, de diseño no experimental, correlacional y corte transversal. El enfoque cuantitativo se eligió debido a la forma en la que, a través de la obtención de datos mediante instrumentos estandarizados, se pueden proponer argumentos que buscan dar razón a fenómenos observables y cuyo análisis nos permite proponer nuevas teorías (27); para nuestro diseño se seleccionó una investigación no experimental ya que no se manipularon las variables y correlacional puesto que estos estudios permiten analizar la relación entre dos o más variables (28); por último, el corte de nuestro estudio fue transversal ya que las variables se encontraron en un tiempo y lugar específicos, esto con el fin de explicar su interrelación (29).

### **2.2 Población, muestra y muestreo**

La población consistió en pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis tratados en dos centros de salud de atención de primer nivel de atención en la zona norte de Lima: C.S. Raúl Porras Barrenechea y C.M.I. Los Sureños. Según los registros proporcionados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) de ambos centros de salud se contabilizaron 70 pacientes con tratamiento activo por tuberculosis (30). Nuestro estudio se enfocó en la población total registrada, (al ser una población finita el cálculo de una muestra no fue necesario, por lo tanto, tampoco lo fue el muestreo), la cual constó de 70 pacientes que estaban en tratamiento activo en dos centros de salud de primer nivel de atención. Para estudiar las características de nuestra población se aplicaron criterios de selección establecidos y estos se describirán a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con tratamiento activo por tuberculosis en dos centros de salud de primer nivel de atención.
- Pacientes con tuberculosis con grado de dependencia I y II.
- Pacientes con tuberculosis que cuenten con la mayoría de edad.
- Pacientes con tuberculosis que acepten brindar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con tuberculosis sin lucidez u orientación de tiempo, espacio y persona.
- Pacientes con tuberculosis con grado de dependencia mayor a III.

### **2.3 Variable(s) de estudio**

La investigación contempla dos variables principales, las cuales son apoyo social y calidad de vida, de acuerdo con su naturaleza ambas son variables cualitativas, de escala de medición ordinal.

#### **Definición conceptual de apoyo social:**

El National Institute of Cancer del gobierno de los EE. UU. define al apoyo social como la ayuda psicológica, física o financiera que recibe un paciente por parte de su familia, amigos, vecinos o miembros de su comunidad, la cual también puede ser fundamental para su tratamiento y la recuperación de su salud en general (16).

#### **Definición conceptual de calidad de vida:**

La OMS define a la calidad de vida como la apreciación de una determinada persona sobre su condición de vida en referencia a sus valores culturales y su entorno social, esto en comparación a los anhelos, ideales, metas e intereses del individuo (10).

#### **Definición operacional de apoyo social:**

El apoyo social se entenderá como la percepción que existe del apoyo y ayuda brindada por organizaciones sociales, servicios de salud y por parte de su círculo social, el cual comprende a familiares, amigos y miembros de su comunidad de los pacientes que acuden por tratamiento a los dos centros de salud de primer nivel de atención en Lima Norte, dichas características serán evaluadas mediante el cuestionario Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS).

#### **Definición operacional de calidad de vida:**

Es la apreciación de una determinada persona sobre su condición de vida derivado de la evaluación que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en dos centros de salud de primer nivel de atención en Lima Norte, esta se expresará en el impacto sobre la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, el cual será evaluado con el cuestionario “36-Item Short-Form Survey” mejor conocido como SF-36.

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

### **Técnica de recolección de datos**

Para la obtención de datos utilizamos la encuesta, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española esta herramienta se define como aquel conjunto de preguntas ordenadas, tipificadas y dirigidas hacia una muestra poblacional específica, tiene el fin de averiguar tendencias de opinión; también es una de las herramientas más usadas en estudios del tipo cuantitativo y descriptivos ya que brinda una mayor facilidad de empleabilidad para los participantes y su versatilidad le permite ser empleada de distintas formas, razones por las cuales goza de una gran aceptación en la comunidad científica pues permite la recolección de información de manera simple y eficaz (31).

### **Instrumentos de recolección de datos**

#### **Cuestionario MOS-SSS**

Para la determinación del apoyo social se decidió utilizar el cuestionario MOS-SSS, este cuestionario fue desarrollado en 1991 por Sherbourne et al. y sirve para determinar y cuantificar la presencia de apoyo por parte de un grupo social a un paciente. El instrumento contiene 20 ítems que comprenden dos aspectos del apoyo social: cualitativo y cuantitativo, el primer ítem permite al investigador medir el aspecto cuantitativo al contabilizar el tamaño de la red social cercana al paciente, el resto de ítems se enfocan en el aspecto cualitativo y pueden distribuirse en 4 subescalas: apoyo emocional/informacional, entendida como la capacidad del paciente de disponer de personas de su entorno que ofrezcan consuelo, comprensión y guía o información (8 ítems: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); apoyo instrumental como la capacidad de recibir ayuda material (4 ítems: 2, 5, 12 y 15.); interacción positiva al contar con personas con las cuales salir, distraerse y divertirse (4 ítems: 7, 11, 14 y 18) y, por último, apoyo afectivo que incluye las expresiones de amor y afecto (3 ítems: 6, 10 y 20). Salvo el primer ítem, el resto se evalúa a través de una escala tipo Likert puntuando del 1 al 5, finalmente se obtiene el índice global sumando el valor de los ítems 2 al 20, pudiendo clasificar el apoyo social del individuo en dos categorías: Apoyo social aceptable cuando el índice sume 57 a 95 puntos y apoyo social deficiente cuando comprenda de 19 a 56 puntos, siendo 95 y 19 la cantidad de puntos máxima y mínima posible

respectivamente en esta prueba. El resto de las escalas podrá ser clasificada de manera similar pero con los siguientes puntajes para cada dimensión: Apoyo Emocional Aceptable de 24 a 40 puntos, Apoyo Emocional Deficiente de 8 a 23 puntos; Apoyo Instrumental Aceptable de 12 a 20 puntos, Apoyo Instrumental Deficiente de 4 a 11 puntos; Interacción Positiva Aceptable de 12 a 20 puntos, Interacción Positiva Deficiente de 4 a 11 puntos y, por último, Apoyo Afectivo Aceptable 9 a 15 puntos y Apoyo Afectivo Deficiente 3 a 8 puntos (32).

### **Cuestionario SF-36**

El instrumento SF-36 fue desarrollado en 1992 en forma de encuesta por el Health Institute del New England Medical Center, ubicado en Boston, Massachusetts, su finalidad es dar a conocer el estado de salud general de una persona por lo que ha sido frecuentemente utilizado para determinar la calidad de vida relacionada a la salud. El cuestionario está conformado por 36 ítems, los cuales, a excepción del segundo ítem de transición de la salud el cual tiene por objeto medir la evolución de salud actual comparada con la de un año atrás, buscan cuantificar el estado de 8 dimensiones o escalas de salud, siendo estas: Función física, entendida como la capacidad de realizar funciones básicas del movimiento como caminar, cargar objetos, autocuidado o inclinarse (10 ítems: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12); Rol físico, a los efectos de la salud sobre el rendimiento del trabajo y actividades de la vida cotidiana (4 ítems: 13, 14, 15 y 16); Dolor corporal, a la presencia e intensidad del dolor físico (2 ítems: 21 y 22); Salud general, valoración personal de la salud y perspectiva a futuro (5 ítems: 1, 33, 34, 35 y 36); Vitalidad, a la usencia de agotamiento físico (4 ítems: 23, 27, 29 y 31); Función social, al grado en que la salud interfiere con la capacidad de relacionarnos con otros (2 ítems: 20 y 32); Rol emocional, al grado en que nuestros sentimientos afectan la realización de actividades dentro y fuera del hogar (3 ítems: 17, 18 y 19); y Salud mental, como la presencia de depresión, ansiedad o ausencia de control sobre la conducta (5 ítems: 24, 25, 26, 28 y 30). Cada ítem evaluará la calidad de vida con ayuda de una escala que va del 0 al 100 correspondiendo la calificación más alta a una calidad de vida adecuada, los resultados se obtienen mediante un puntaje final promedio y se clasifican de acuerdo con el rango: 0 a 19 = muy baja, 20 a 39 = moderadamente baja, 40 a 59 = promedio, 60 a 79 = moderadamente alta y 80 a 100 = alta (33).

## **Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos**

### **Validez y confiabilidad del Cuestionario MOS-SSS**

El Cuestionario MOS-SSS cuenta con una validación al idioma español realizada en España por Revilla et al. (34) habiendo sido puesto a prueba en una muestra de 301 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, en dicha prueba se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de 0.94, además, en nuestro país ha sido satisfactoriamente utilizado en pacientes de la ciudad de Trujillo con diagnóstico de cáncer durante un estudio publicado en la revista IIPSI por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estudio que obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0.908, 0.871 y 0.708 para las subcategorías de Apoyo Informativo, Apoyo Afectivo y Apoyo instrumental respectivamente (35).

### **Validez y confiabilidad del Cuestionario SF-36**

Se utilizó la versión del cuestionario SF-36 traducido al español mediante el protocolo llevado a cabo por la International Quality of Life Assessment (IQOLA) en 1995 y dirigido por Alonso et al. (36) en su segunda versión, durante dicho protocolo se realizaron esfuerzos para adaptar las preguntas a los marcos culturales de países de habla hispana con un enfoque de neutralidad de género, diversos estudios han validado la fiabilidad del instrumento en países de habla hispana, entre ellos destaca el dirigido por Vilagut et al. (32) quienes, tras analizar un aproximado de 92 estudios que hacen uso de esta herramienta, concluyeron que para tres de sus escalas: Función Física, Rol físico y Rol Emocional la fiabilidad del SF-36 alcanzaba un índice de Alfa de Cronbach superior a 0.9 y para el resto de escalas un índice superior al 0.7. En nuestro país, Perú, en un estudio de tesis llevado a cabo por la Universidad César Vallejo en un hospital de la ciudad de Chimbote, se comprobó la confiabilidad de esta traducción al aplicarla sobre una población de 100 pacientes con enfermedades no transmisibles, concluyendo que la confiabilidad del instrumento es aceptable al alcanzar un alfa de Cronbach superior al 0.7 (37).

## **2.5 Proceso de recolección de datos**

Este estudio se realizó mediante la evaluación de dos variables: la calidad de vida y el apoyo social percibido en pacientes diagnosticados de tuberculosis y con tratamiento activo en dos centros de salud de atención primaria en Lima.

### **Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Se solicitó la aprobación de los responsables médicos de ambos centros de salud de primera atención de Lima Norte, esto con el fin de recibir permiso para realizar la recolección de datos mediante encuestas aplicadas a aquellos pacientes que cuenten con diagnóstico positivo por tuberculosis y, al mismo tiempo, acepten mediante conocimiento informado su participación en nuestro estudio.

### **Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos**

La realización de la encuesta tuvo lugar durante el mes de setiembre del 2023, se difundió impresa en papel blanco tamaño carta a cada uno de los participantes, para ello se solicitó el apoyo del personal médico en supervisar la actividad y designar un espacio prudente donde el paciente se sienta cómodo al momento de completar el cuestionario. La aplicación del instrumento duró un promedio de aproximadamente entre 5 a 10 minutos. Al finalizar se evaluó la calidad y el correcto llenado de cada una de las hojas, así como la codificación correspondiente.

### **2.6 Métodos de análisis de datos**

El presente estudio tuvo enfoque cuantitativo y nivel correlacional, debido a ello se utilizaron herramientas que brinden un análisis estadístico del tipo inferencial, aunque también se usó el análisis descriptivo. Al finalizar la etapa de recolección de datos se vertieron los datos en una hoja Excel y luego se ingresaron los mismos a una matriz generada por medio de software IBM SPSS Statistics v.25, herramienta que nos ayudó a generar un análisis estadístico propiamente dicho, además, se utilizó la estadística descriptiva para la obtención de tablas de frecuencia absoluta y relativa, valores de tendencia central y la operación con suma de ítems con el fin de obtener valores relevantes respecto al objetivo general del estudio y el análisis de las dimensiones principales. Por último, se realizó el análisis inferencial para probar las hipótesis de la investigación diseñándose las tablas de asociación que expresan de manera visual los resultados obtenidos a través de los distintos instrumentos y las tablas que expresan de manera ordinal el índice de correlación calculado mediante método de Rho de Spearman, es una técnica estadística del tipo no paramétrica, mediante asociación lineal es utilizada para la determinación de dependencia o independencia entre dos o más variables, decidimos considerar

esta técnica en nuestro estudio debido a su utilidad en muestras poblacionales pequeñas y que también permite determinar el grado de correlación entre las variables estudiadas (38); además se hace uso del nivel de significancia obtenido mediante software IBM SPSS Statistics v.25, el cual nos permite determinar si la correlación calculada se trata de una correlación real y no producto del azar.

## **2.7 Aspectos éticos**

En el presente estudio, para el tratamiento de los datos se apeló al cese de la confidencialidad por motivos de salud pública o de interés general, para ello se presentó por escrito el consentimiento que aceptaron todos aquellos que participaron en el estudio, como lo dicta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (39). Así nos aseguramos de que nuestro proyecto cumpla con todos los aspectos bioéticos de no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia.

### **Principio de autonomía**

Este principio hace referencia a la capacidad del individuo de tomar decisiones de manera libre, con plena información y conciencia de lo que implica dicha decisión, para motivos del estudio esto implicó dar a conocer el uso que se le dio a la información que el paciente proporcione (40). Se buscó respetar el principio de autonomía en nuestro estudio de manera estricta al abordar a los pacientes con tuberculosis, respetando su decisión libre de participar o no en nuestro proyecto.

### **Principio de beneficencia**

Consiste en la máxima que deben respetar los profesionales de la salud de priorizar la salud y el bienestar de otros, siempre velando por su bien. Se aplica a las personas de manera moral no solamente respetándose sus decisiones sino también protegiéndolos de daños, también se refiere al esfuerzo de asegurar su salud (40). En nuestro estudio intentamos que ningún paciente resulte afectado teniendo por objetivo que el resultado de esta investigación sea beneficioso para la comunidad, que cree conciencia en el personal médico y administrativo y nos ayude a entender mejor la importancia del apoyo social en el estado de salud de estos pacientes.

### **Principio de no maleficencia**

Debe entenderse como la máxima de no dañar al paciente, esto se logra exponiendo con honestidad los motivos y la utilización que tendrá la información

que el paciente proporcione, esto con el fin para que tenga la libertad de expresar sus dudas, inquietudes o desacuerdos, evitando causar cualquier acción que el paciente considere como perjudicial para su persona (41). Se respetó este principio durante nuestro estudio al momento de seleccionar los instrumentos adecuados, de manera que no se comprometiera la información sensible de los participantes, evitando, por ejemplo, indagar en las razones personales por las cuales se manifiesta una determinada situación que este dañando un aspecto en la vida del paciente, experiencias familiares delicadas o formas de pensar que competan únicamente al paciente y su forma de percibir su cotidianidad.

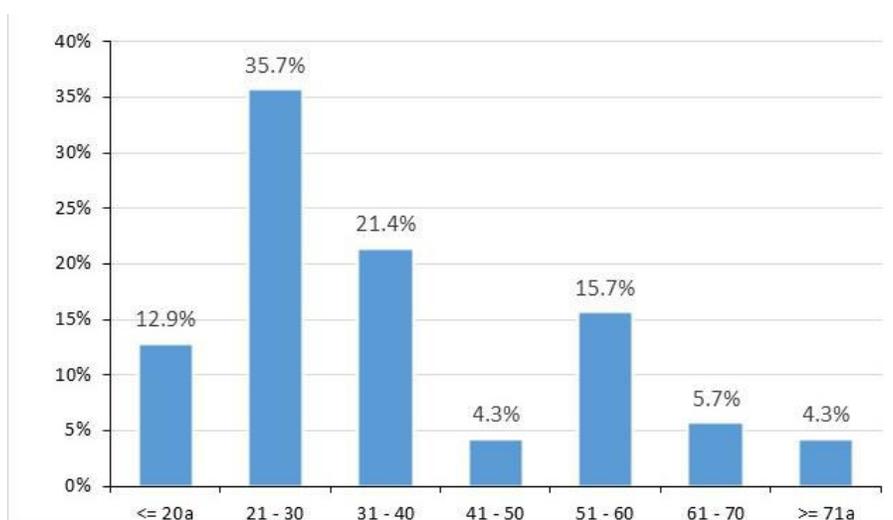
### **Principio de justicia**

Se entiende como el ideal de brindar respeto a todos los individuos involucrados en el proyecto, garantizando sus derechos y libertades. El principio de justicia promueve la equidad a todos los pacientes; es decir, sin hacer una distinción que demerite cualquiera de sus condiciones de manera discriminatoria. Este principio también promueve que los servicios de salud cuenten con una calidad óptima y accesible para toda la población de manera equitativa (41). En nuestro trabajo decidimos excluir detalles irrelevantes sobre la condición social o física de nuestros participantes, de manera que logramos ser lo más inclusivos posibles y que ningún participante haya sido excluido de su deseo de participar para este proyecto, asegurando a su vez que los participantes hayan sido tratados por igual y con un trato de amabilidad y respeto.

### III. RESULTADOS

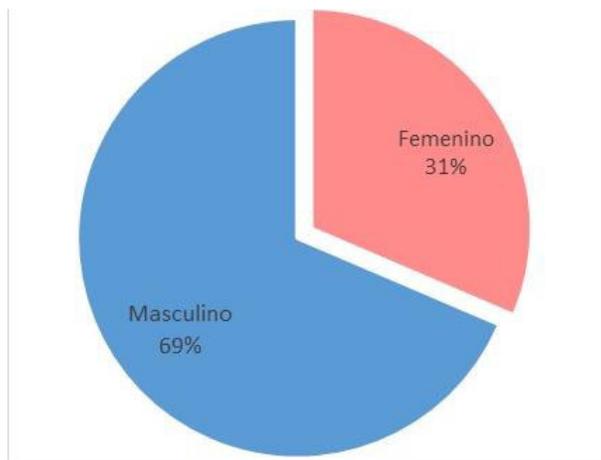
#### 3.1 Resultados descriptivos de la población

Sobre las características de los 70 pacientes, se describen sus principales características respecto a edad, sexo, estado civil, nivel educativo y percepción de ingresos.



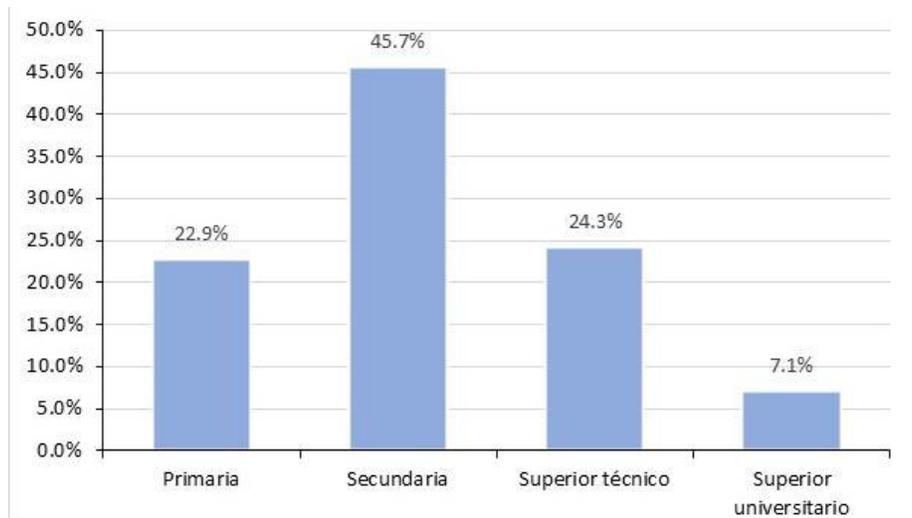
**Figura 1.** Distribución de pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte por grupos de edad

La edad de los pacientes es variada, bordeando desde los 18 hasta los 78 años. Pero agrupando a los mismos, se desprende que la mayoría, 70% se encuentran por debajo de los 40 años, sólo un 30% es mayor a 40 años, pero si existe un grueso de pacientes entre 51 a 60 años.



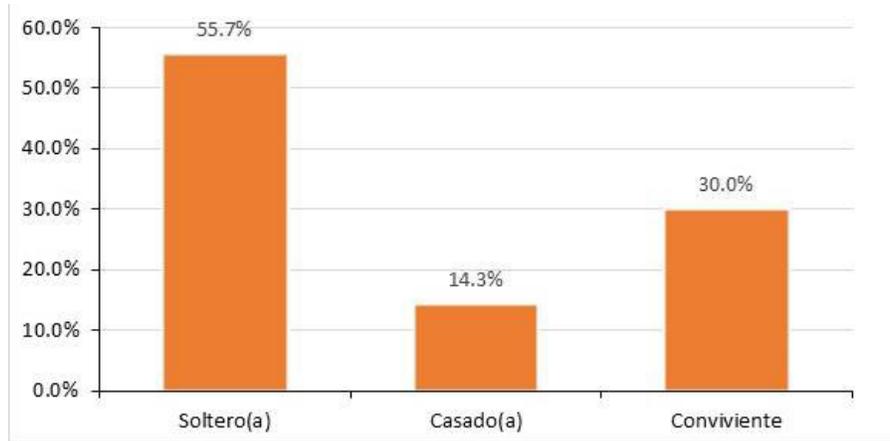
**Figura 2.** Distribución de pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte por sexo

Se puede afirmar también, que el 69% de pacientes fueron de sexo masculino, esto es de cada 3 pacientes, 2 fueron de sexo masculino y 1 femenino.



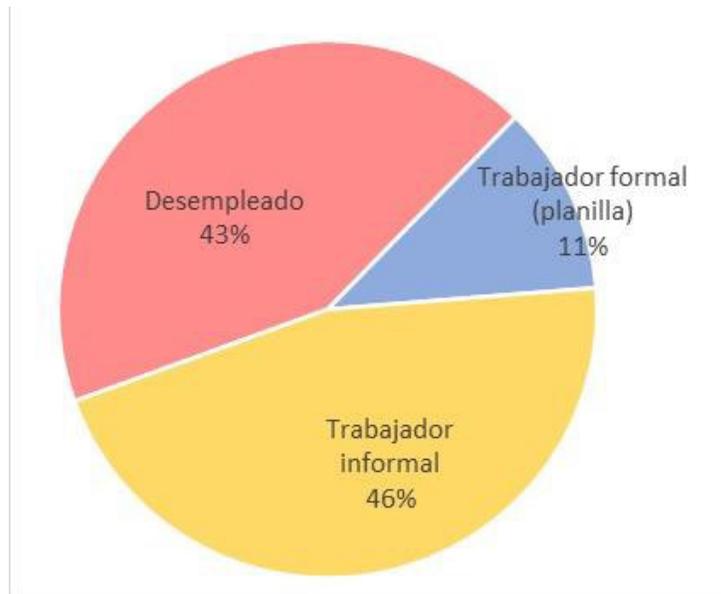
**Figura 3.** Distribución de pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte por nivel educativo máximo alcanzado

Entre los pacientes, es característico que la mayoría solamente tienen estudios básicos escolares, sean estos de secundaria en un 46% o primaria un 23%. Sólo un 7% indicaron haber seguido estudios universitarios.



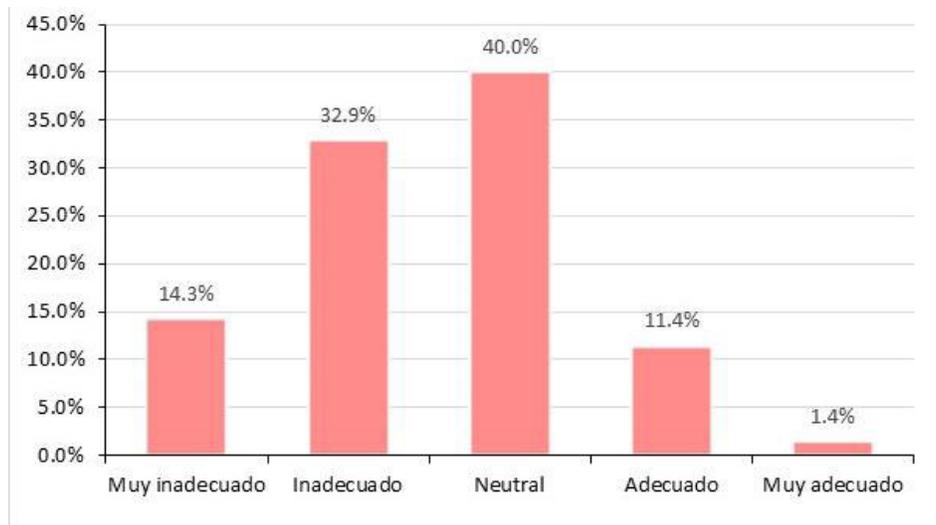
**Figura 4.** Distribución de pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte por estado civil

Respecto al estado civil de los pacientes, la mayoría, es decir, el 56% indicaron ser solteros, un 14% casados y un 30% convivientes.



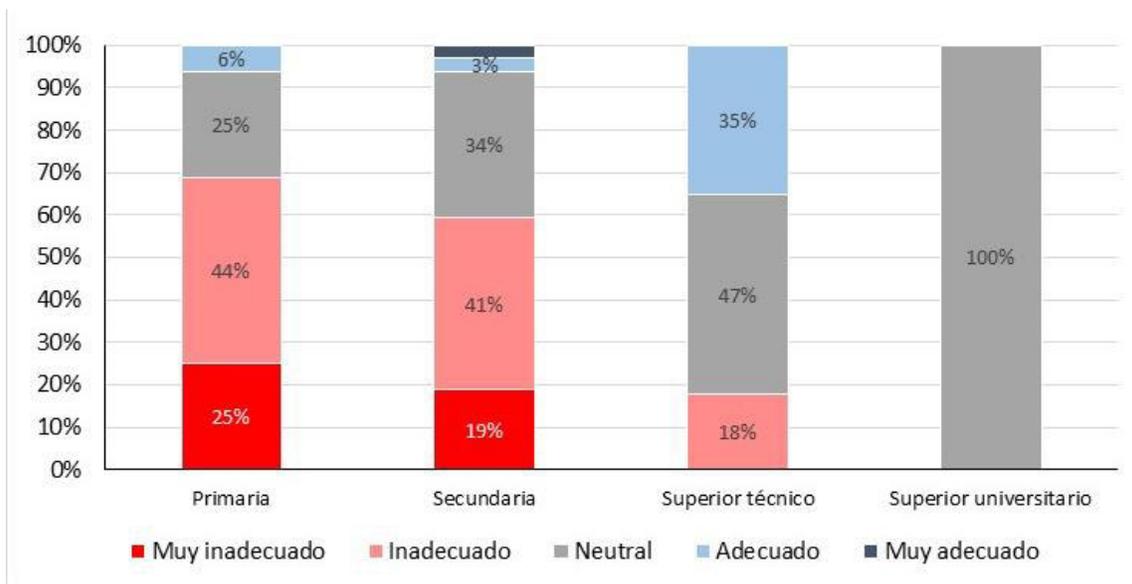
**Figura 5.** Distribución de pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte por estado laboral

Sobre la condición laboral de los pacientes, un 57% mencionó que se encontraba desempeñando alguna actividad laboral, sea como trabajador formal o informal. Pero también llama la atención que un 43% de los pacientes al momento de la encuesta mencionaron encontrarse desempleados.



**Figura 6.** Percepción del nivel de ingresos en pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte

Finalmente, en la última pregunta sobre la autopercepción de sus ingresos, sólo un 13% consideró sus ingresos entre adecuado o muy adecuado, la mayoría relativa se mantuvo neutral en opinar (40%), y un considerable porcentaje (47%) consideró "Inadecuado" o "Muy inadecuado" sus ingresos.



**Figura 7.** Distribución de la percepción de ingresos de acuerdo con el nivel de estudios alcanzado en pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte

Relacionado a lo anterior, se encontró que la percepción de los ingresos está bastante relacionado al nivel de estudios alcanzado por los pacientes. Entre pacientes con nivel primaria y secundaria, sobresalen la percepción de ingresos "Muy inadecuada" e "Inadecuada", en tanto en los niveles de estudios superior técnico y superior universitario, resalta la percepción "Neutral" y "Adecuado".

## 3.2 Clasificación de las variables y sus dimensiones por niveles

### 3.2.1 Clasificación de la población de acuerdo con la variable apoyo social y sus dimensiones

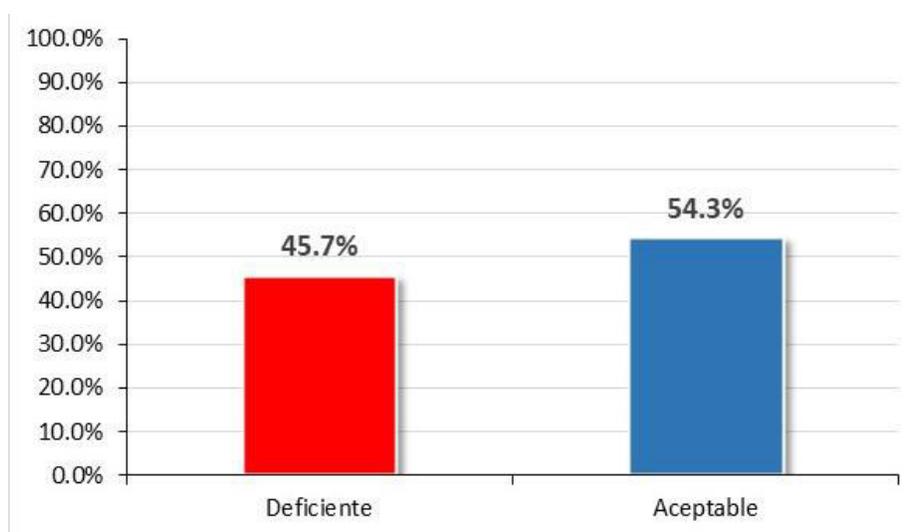
#### Clasificación variable apoyo social

A nivel general, basado en el puntaje de la variable apoyo social, establecieron dos niveles o categorías, apoyo social aceptable y deficiente de acuerdo con sus puntuaciones. En el caso de apoyo social deficiente recaen aquellos con puntuaciones menores a 56 y en apoyo social aceptable aquellos con más de 56 puntos.

De acuerdo con lo anterior, del 100% de pacientes, poco más de la mitad 54% indicó tener un apoyo social "aceptable", en tanto resalta que casi mitad de la población 46% se ubica en un nivel de apoyo "deficiente".

**Tabla 1.** Puntajes obtenidos para la variable apoyo social

Variable Apoyo Social	Cant	Col%	Ptje Apoyo Social		
			Media	Mínimo	Máximo
Deficiente	32	45.7%	43.7	24.0	56.0
Aceptable	38	54.3%	69.9	57.0	93.0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0%</b>	<b>57.9</b>	<b>24.0</b>	<b>93.0</b>



**Figura 8.** Distribución de población de acuerdo con el apoyo social obtenido

## Clasificación por dimensiones

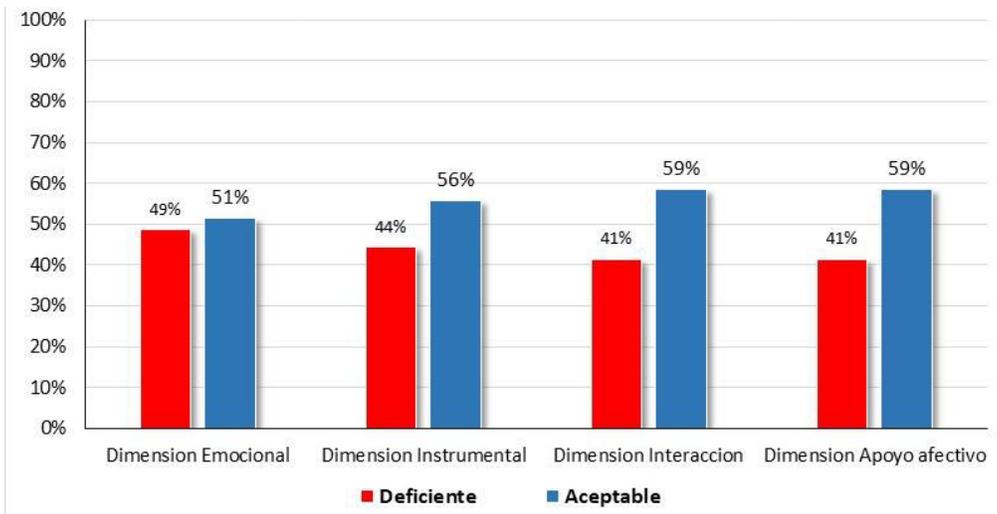
Clasificados los pacientes entre los niveles deficiente y aceptable para cada una de las dimensiones de apoyo social, se observó que en todas las dimensiones poco más de la mitad de la población recayó en un nivel aceptable.

En el caso de la dimensión emocional se reparten un 51% aceptable y un 49% deficiente. En la dimensión apoyo instrumental un 51% aceptable y un 44% deficiente. Para la dimensión Interacción positiva un 59% aceptable y un 41% deficiente.

Finalmente, para la dimensión apoyo afectivo un 59% aceptable y un 41% deficiente.

**Tabla 2.** Porcentajes obtenidos para las dimensiones de apoyo social

Dimensiones	Deficiente		Aceptable		Total	
	Cant	Fila%	Cant	Fila%	Cant	Fila%
Dimension Emocional	34	48.6%	36	51.4%	70	100.0%
Dimension Instrumental	31	44.3%	39	55.7%	70	100.0%
Dimension Interaccion	29	41.4%	41	58.6%	70	100.0%
Dimension Apoyo afectivo	29	41.4%	41	58.6%	70	100.0%



**Figura 9.** Distribución de la población por cada una de las dimensiones de apoyo social

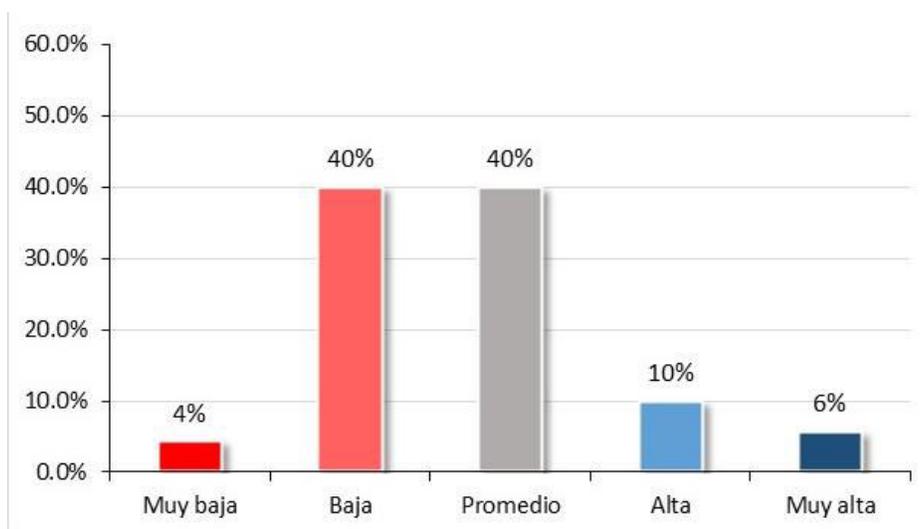
### 3.2.2 Clasificación de la población de acuerdo con la variable calidad de vida y sus dimensiones

#### Clasificación variable calidad de vida

A nivel general basado en la puntuación alcanzada para la variable calidad de vida, este se clasificó en 5 niveles o categorías. De acuerdo con ello, la mayoría de la población de pacientes de acuerdo con su calidad de vida se ubicaron en los niveles promedio y bajo (80%). Un 10% de los pacientes se ubicaron en el nivel alto y un 6% en el muy alto. Pero en general, la mayoría relativa de la población tiene a calificar su nivel de calidad de vida de promedio a muy bajo (84%).

**Tabla 3.** Resultados obtenidos para el índice global de calidad de vida

Calidad de Vida	Cant	Col%	Ptje Calidad vida		
			Media	Mínimo	Máximo
Muy baja	3	4.3%	15.1	11.9	18.5
Baja	28	40.0%	31.4	23.3	38.1
Promedio	28	40.0%	48.4	39.1	58.5
Alta	7	10.0%	67.5	60.1	78.7
Muy alta	4	5.7%	85.0	82.5	88.8
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0%</b>	<b>44.1</b>	<b>11.9</b>	<b>88.8</b>



**Figura 10.** Distribución de la población de acuerdo con el resultado en calidad de vida

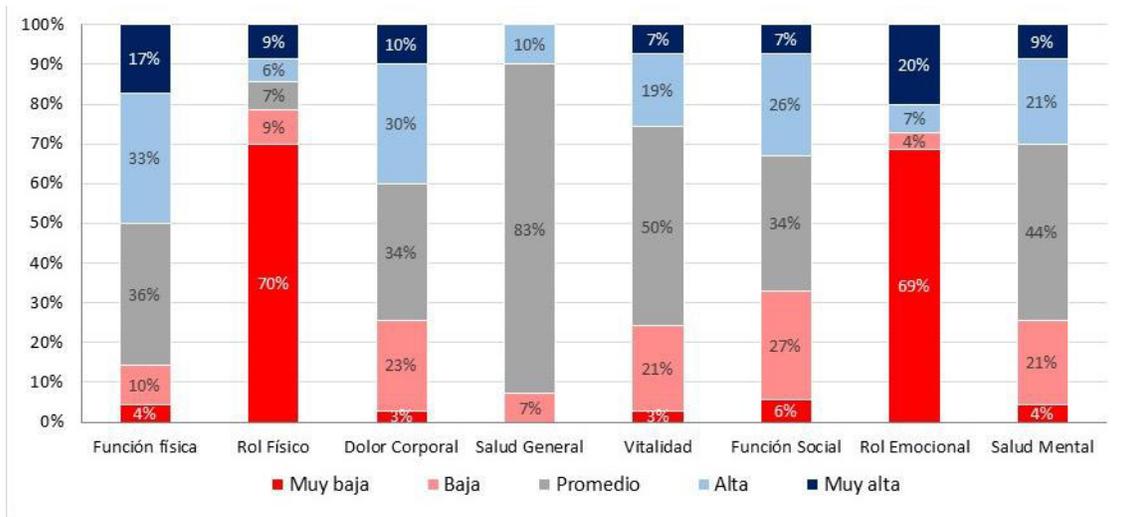
## Clasificación por dimensiones

De igual manera, los pacientes fueron clasificados por cada una de las dimensiones que conforman la variable calidad de vida en 5 categorías, desde muy baja, baja, promedio, alta y muy alta.

La distribución de la población en cada una de las dimensiones se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 4.** Resultados obtenidos de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida

Dimensiones	Muy baja		Baja		Promedio		Alta		Muy alta		Total	
	Cant	Fil%	Cant	Fil%	Cant	Fil%	Cant	Fil%	Cant	Fil%	Cant	Fil%
Función física	3	4%	7	10%	25	36%	23	33%	12	17%	70	100%
Rol Físico	49	70%	6	9%	5	7%	4	6%	6	9%	70	100%
Dolor Corporal	2	3%	16	23%	24	34%	21	30%	7	10%	70	100%
Salud General	0	0%	5	7%	58	83%	7	10%	0	0%	70	100%
Vitalidad	2	3%	15	21%	35	50%	13	19%	5	7%	70	100%
Función Social	4	6%	19	27%	24	34%	18	26%	5	7%	70	100%
Rol Emocional	48	69%	3	4%	0	0%	5	7%	14	20%	70	100%
Salud Mental	3	4%	15	21%	31	44%	15	21%	6	9%	70	100%



**Figura 11.** Distribución de la población de acuerdo con las dimensiones de calidad de vida

Se observa que la distribución de la población en la variable calidad de vida, no se mantiene en la misma proporción similar cuando se compara para cada una de sus dimensiones.

En general, existen pocas dimensiones donde su percepción "Alta" y "Muy alta" sea mínimamente igual o mayor al 50%, el único caso de función física.

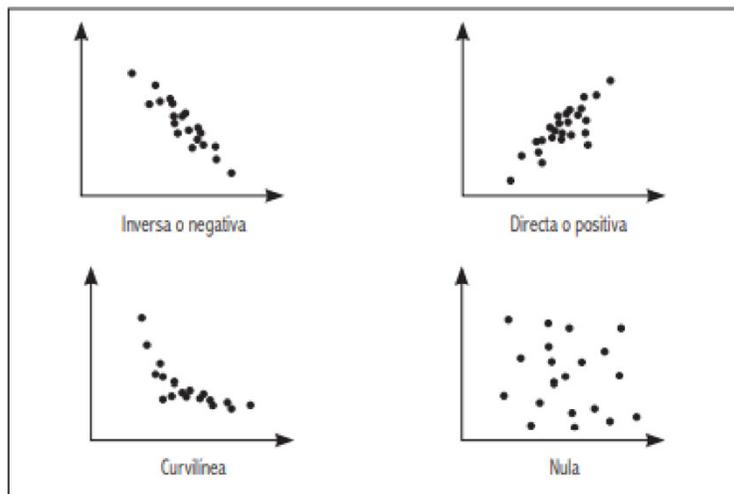
Exceptuando la percepción "promedio", otras dimensiones donde comparativamente se observa una percepción positiva ("Alta" y "Muy alta") superior a la percepción negativa ("Baja" y "Muy baja"), son las dimensiones "Dolor corporal", "Función Social" y "Salud Mental".

Dimensiones donde la percepción de nivel es mayoritariamente "promedio", destacan principalmente "Salud general", "Vitalidad"; mientras que dimensiones donde la percepción de estas tiende a ser baja "Baja" y/o "Muy baja", están relacionadas a "Rol físico" y "Rol emocional".

### 3.3 Resultados inferenciales

#### Método para determinación de correlación

Con respecto a la correlación entre nuestra primera variable: apoyo social, y nuestra segunda variable: calidad de vida; consideramos necesario empezar por definir el término estadístico de correlación, este es entendido como aquella tendencia que determina el grado de relación entre dos variables según el sentido lineal de las mismas de acuerdo con el aumento o disminución en un gráfico (42) y que, de esta forma, podrá ser clasificado en 4 categorías de la siguiente manera: inversa o negativa, directa o positiva, curvilínea o nula (Figura 12).



**Figura 12.** Tipos de correlación

*Fuente: Mondragón-Barrera M. 2014. (38)*

Para determinar si existía relación relevante entre el apoyo social y calidad de vida determinada en pacientes con tuberculosis se decidió realizar un análisis mediante el método estadístico denominado coeficiente de correlación de Spearman o rho de Spearman ( $r_s$ ), se trata de una técnica bivariada utilizada en aquellos casos donde es de interés del investigador determinar y observar representaciones gráficas de la información para así determinar si existen similitudes o discrepancias entre las variables (38) en este sentido, este método fue seleccionado ya que ofrece numerosas ventajas en relación a la naturaleza de nuestro estudio y las características de nuestra población, entre ellas están la ventaja de representar

dicha relación de manera gráfica, su eficacia para su uso en poblaciones pequeñas y el determinar de manera cuantitativa el grado de asociación que presentan estas variables. Una vez calculado, el rho de Spearman puede ser interpretado de acuerdo a la Tabla 5, en la cual los coeficientes pueden ser clasificados de acuerdo al rango de sus posibles puntajes, los cuales van de -1.0 a 1.0; donde aquellos valores cercanos a -1.0 indican que existe una fuerte correlación negativa, es decir, a medida que una de las variables aumenta en puntaje el otra decrecerá, si el coeficiente es 0 entonces no hay ninguna relación comprobable entre las variables, y finalmente, si el coeficiente es cercano a 1.0 esto determina que existe una correlación positiva fuerte, por lo que, a medida que una de las variables aumenta la otra también lo hace (42).

**Tabla 5.** Grado de relación según coeficiente de Spearman

<b>RANGO</b>	<b>RELACIÓN</b>
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.75 a +0.90	Correación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

*Fuente: Mondragón-Barrera M. 2014. (38)*

Por último, también se optó por determinar el nivel de significancia de nuestro Coeficiente de Spearman, este valor se define como la probabilidad de descartar nuestra hipótesis nula aun siendo el caso de que esta sea verdadera (43), si tomamos en cuenta de que es del interés del investigador que esta probabilidad no sobrepase al 0.05% entonces concluimos que cualquier valor por debajo 0.05 refuerza la validez de nuestro coeficiente de correlación entre las variables apoyo social y calidad de vida, mientras que cualquier valor por encima de 0.05 determina que nuestro coeficiente carece de validez estadística.

## Objetivo 1: Hipótesis general

Determinar si existe relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con tuberculosis.

a) Hipótesis estadística:

H0: No existe relación entre la calidad de vida y el apoyo social ( $r_{sxy} = 0$ )

Ha: Existe relación entre la calidad de vida y el apoyo social ( $r_{sxy} \neq 0$ )

b) Nivel de significación = 5% (p-valor < 0.05)

c) Prueba correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

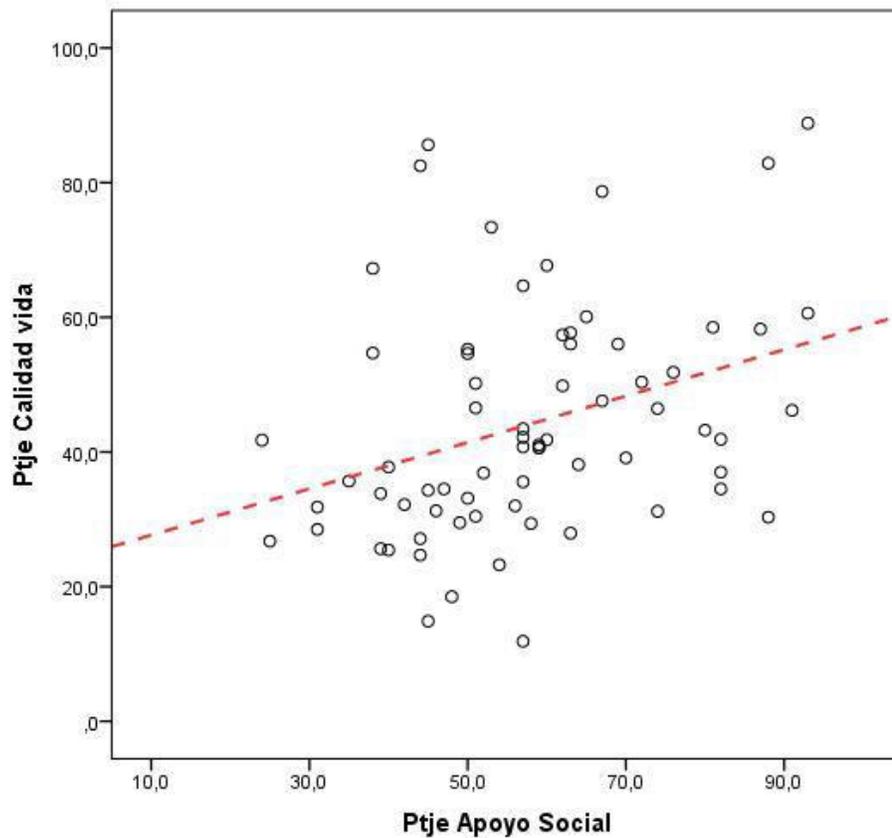
Si  $p < 0.05$  se rechaza la hipótesis nula, esto significa que hay relación significativa.

d) Resultados:

**Tabla 6.** Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre variables apoyo social y calidad de vida

Correlaciones		Ptje Apoyo Social	Ptje Calidad vida
Ptje Apoyo Social	Correlación spearman	1.000	,400**
	Sig. (bilateral)		.001
	N	70	70
Ptje Calidad Vida	Correlación spearman	,400**	1.000
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 13.** Correlación gráfica entre variables apoyo social y calidad de vida

e) Decisión:

De acuerdo con la tabla anterior, dado el nivel de significancia menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$ , aceptando la  $H_a$ , por lo tanto, se puede establecer que existe relación significativa entre ambas variables. Además, el coeficiente de correlación entre Apoyo Social y Calidad de vida es igual a 0.400, estableciéndose que existe entre ambas variables una correlación positiva media, esto es a mayor nivel de apoyo social esto impacta de manera media con una mejor calidad de vida.

## Objetivos específicos:

### Objetivo 2

Determinar si existe relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis.

a) Hipótesis estadística:

H0: No existe relación entre la dimensión apoyo emocional y la calidad de vida ( $r_{sxy} = 0$ )

Ha: Existe relación entre la dimensión apoyo emocional y la calidad de vida ( $r_{sxy} \neq 0$ )

b) Nivel de significación = 5% (p-valor < 0.05)

c) Prueba correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Si  $p < 0.05$  se rechaza la hipótesis nula, esto significa que hay relación significativa.

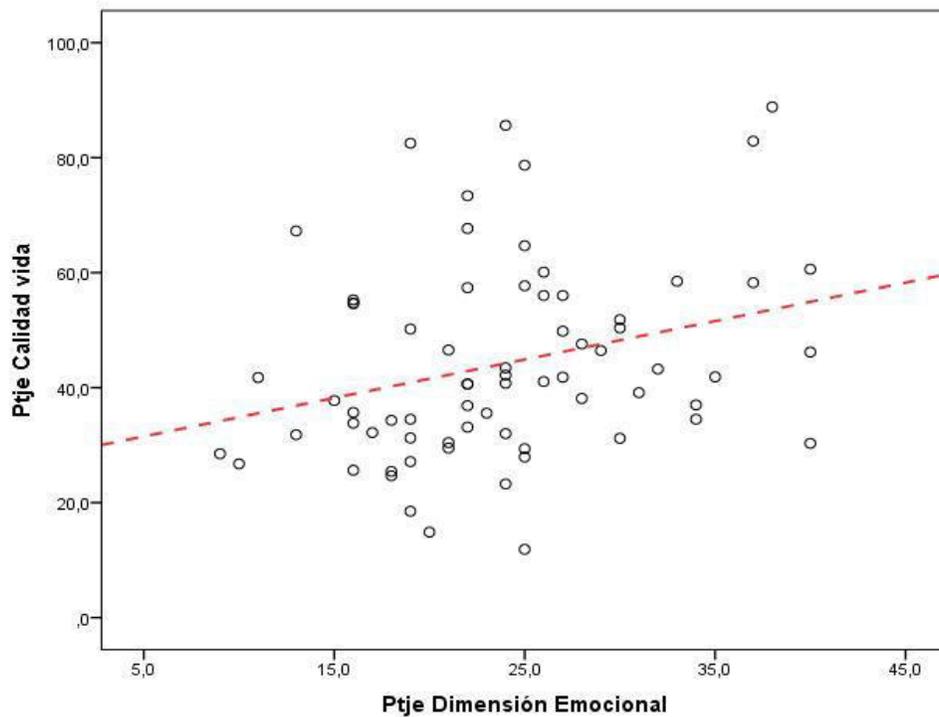
d) Resultados:

**Tabla 7.** Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo emocional y calidad de vida

#### Correlaciones

		Ptje Dimensión Apoyo Emocinal	Ptje Calidad vida
Ptje Dimensión Apoyo emocional	Correlación spearman	1.000	,333**
	Sig. (bilateral)		.005
	N	70	70
Ptje Calidad Vida	Correlación spearman	,333**	1.000
	Sig. (bilateral)	.005	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 14.** Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo emocional y calidad de vida

e) Decisión:

De acuerdo con la tabla anterior, dado el nivel de significancia menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$ , aceptando la  $H_a$ , por lo tanto, se puede establecer, que existe relación significativa entre la dimensión Apoyo Emocional y Calidad de Vida. Además, el coeficiente de correlación entre ambas es igual a 0.333, estableciéndose que existe entre ambas variables una correlación positiva media, esto es, a mayor nivel en la dimensión apoyo emocional este se relaciona de manera media con una mejor calidad de vida.

### Objetivo 3

Determinar si existe relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis.

a) Hipótesis estadística:

H0: No existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida ( $r_{sxy} = 0$ )

Ha: Existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida ( $r_{sxy} \neq 0$ )

b) Nivel de significación = 5% (p-valor < 0.05)

c) Prueba correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

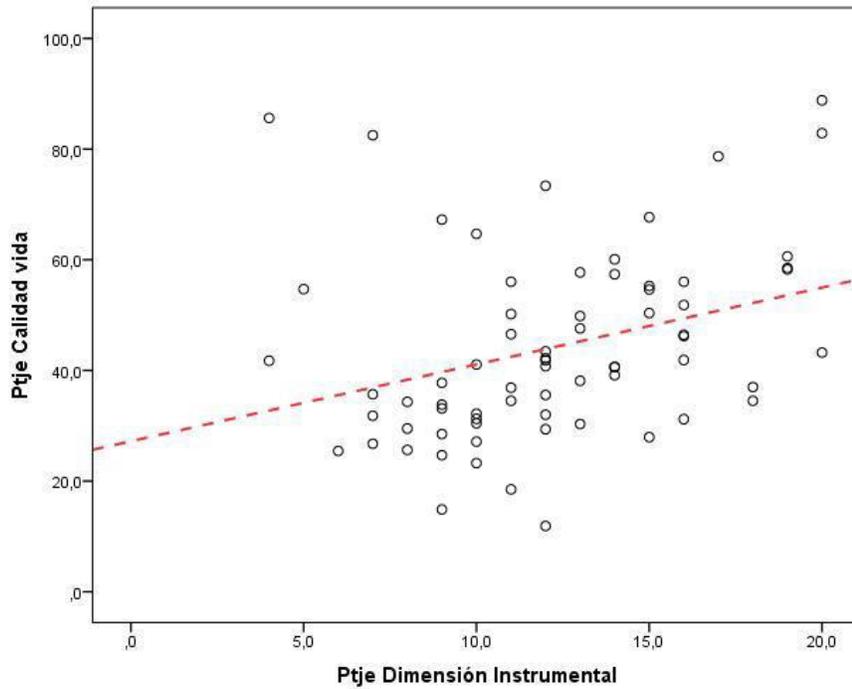
Si  $p < 0.05$  se rechaza la hipótesis nula, esto significa que hay relación significativa.

d) Resultados:

**Tabla 8.** Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y calidad de vida

Correlaciones		Ptje Dimensión Apoyo Instrum.	Ptje Calidad vida
Ptje Dimensión Apoyo Instrum.	Correlación spearman Sig. (bilateral) N	1.000  70	,413** .000 70
Ptje Calidad Vida	Correlación spearman Sig. (bilateral) N	,413** .000 70	1.000  70

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 15.** Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y calidad de vida

e) Decisión:

Dado el nivel de significancia menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$ , aceptando la  $H_a$ , por lo tanto, se puede establecer, que existe relación significativa entre la dimensión Apoyo Instrumental y Calidad de Vida. Además, el coeficiente de correlación entre ambas es igual a 0.413, estableciéndose que existe entre ambas variables una correlación positiva media, esto es, a mayor nivel en la dimensión apoyo instrumental este relaciona de manera media con una mejor calidad de vida.

#### Objetivo 4

Determinar si existe relación entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis.

a) Hipótesis estadística:

H0: No existe relación entre la dimensión interacción positiva y la calidad de vida ( $r_{sxy} = 0$ )

Ha: Existe relación entre la dimensión interacción positiva y la calidad de vida ( $r_{sxy} \neq 0$ )

b) Nivel de significación = 5% ( $p\text{-valor} < 0.05$ )

c) Prueba correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

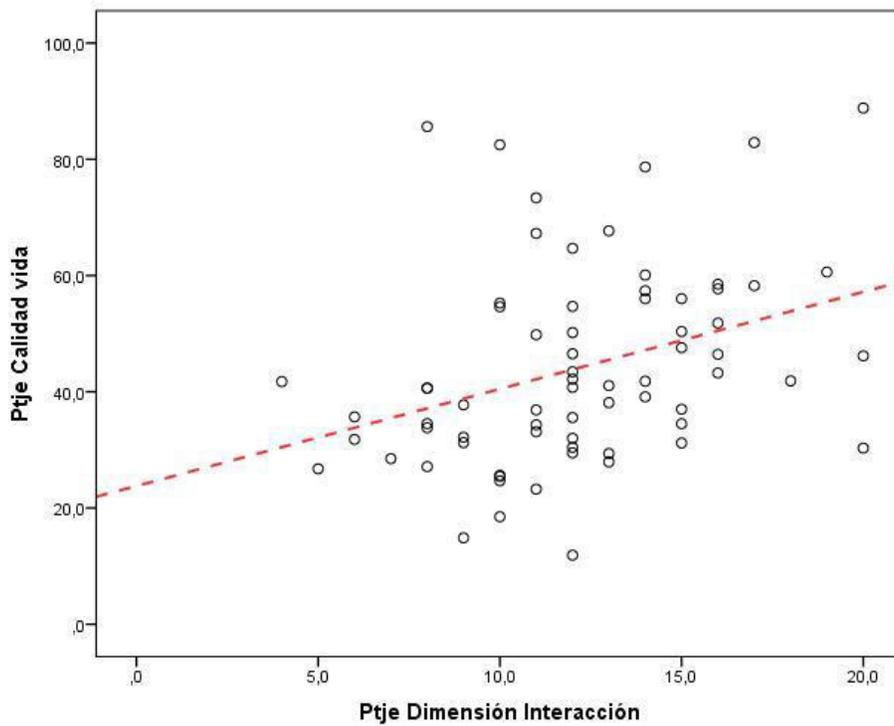
Si  $p < 0.05$  se rechaza la hipótesis nula, esto significa que hay relación significativa.

d) Resultados:

**Tabla 9.** Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión interacción positiva y calidad de vida

Correlaciones		Ptje Dimensión Interacción Positiva	Ptje Calidad vida
Ptje Dimensión Interacción Positiva	Correlación spearman	1.000	,416**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	70	70
Ptje Calidad Vida	Correlación spearman	,416**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 16.** Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión interacción positiva y calidad de vida

e) Decisión:

Dado el nivel de significancia menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$ , aceptando la  $H_a$ , por lo tanto, se puede establecer, que existe relación significativa entre la dimensión Interacción positiva y Calidad de Vida. Además, el coeficiente de correlación entre ambas es igual a 0.416, estableciéndose que existe entre ambas variables una correlación positiva media, esto es, a mayor nivel en la dimensión interacción positiva este se relaciona de manera media con una mejor calidad de vida.

## Objetivo 5

Determinar si existe relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis.

a) Hipótesis estadística:

H0: No existe relación entre la dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida (rsxy = 0)

Ha: Existe relación entre la dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida (rsxy ≠ 0)

b) Nivel de significación = 5% (p-valor < 0.05)

c) Prueba correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Si  $p < 0.05$  se rechaza la hipótesis nula, esto significa que hay relación significativa.

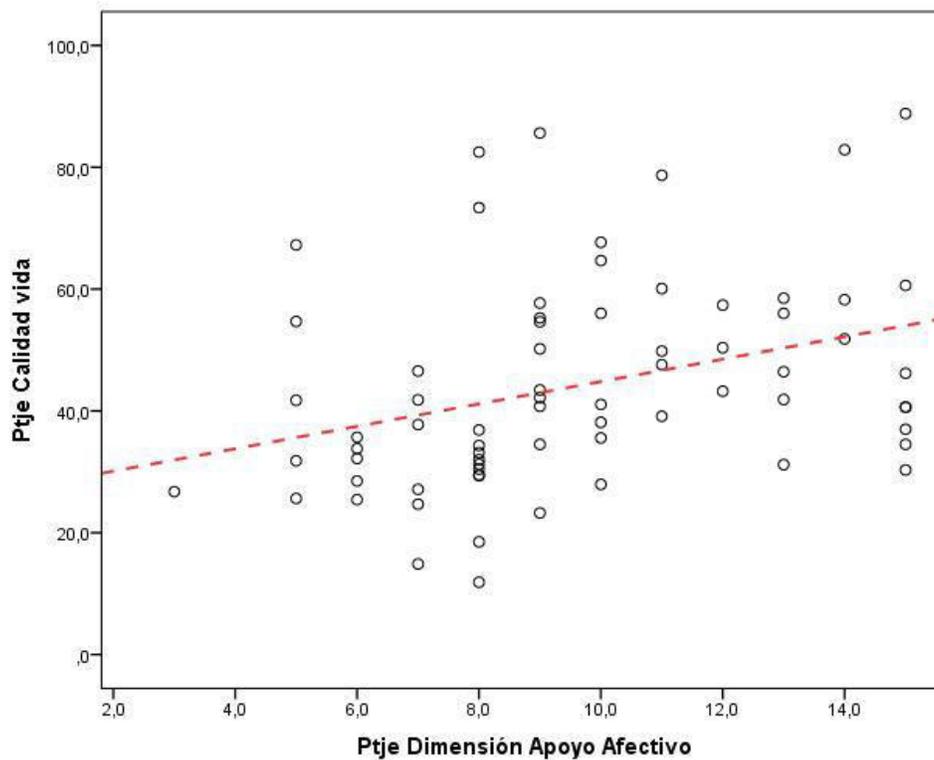
d) Resultados:

**Tabla 10.** Coeficiente de correlación de Spearman y significancia entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y calidad de vida

### Correlaciones

		Ptje Dimensión Apoyo Afectivo	Ptje Calidad Vida
Ptje Dimensión Apoyo Afectivo	Correlación spearman	1.000	,423**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	70	70
Ptje Calidad Vida	Correlación spearman	,423**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	70	70

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



**Figura 17.** Correlación gráfica entre la variable apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y calidad de vida

e) Decisión:

Dado el nivel de significancia menor a 0.05, se rechaza la  $H_0$ , aceptando la  $H_a$ , por lo tanto, se puede establecer, que existe relación significativa entre la dimensión Apoyo afectivo y Calidad de Vida. Además, el coeficiente de correlación entre ambas es igual a 0.423, estableciéndose que existe entre ambas variables una correlación positiva media, esto es, a mayor nivel en la dimensión apoyo efectivo este se relaciona de manera media con una mejor calidad de vida.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1. Discusión

A continuación, se procederá a discutir los resultados encontrados en nuestro estudio, de manera que podamos concluir si se han logrado alcanzar los objetivos propuestos.

Empezando por los resultados sociodemográficos encontramos que el grupo de edad con más casos corresponde al de las edades de entre 21 a 30 años con la tercera parte del total de los casos (35.7%) y el 70% englobando las edades por debajo de 40 años (Figura 1), lo anterior concuerda con estudios epidemiológicos enfocados a esta enfermedad en nuestro distrito, Lima, tal es el caso del reporte de tesis “Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en un establecimiento de salud del primer nivel de atención, Lima 2023” que reporta un 34.9% de casos reportados de pacientes jóvenes (44); también con estudios realizados por CDC-Perú durante el 2022 que identifican al 26.11% del total de casos reportados ese año a pacientes entre las edades 20 a 29 años y el 56% con edades por debajo de los 40 años (45), esta similitud puede explicarse debido a que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que tiene factores de riesgo características como la desnutrición, alcoholismo, abuso de drogas, tabaquismo, VIH o diabetes, los cuales facilitan la propagación de la bacteria a través del aire o debilitando el sistema inmune haciendo más susceptible al cuerpo de infectarse (46). Respecto al sexo, nuestro estudio identifica al 69% de casos en pacientes masculinos y al 31% en femeninos (Figura 2), estos resultados concuerdan también con los hallazgos del CDC-Perú en 2022, siendo estos 64% y 36% respectivamente (45), lo anterior puede deberse a que la población económicamente activa queda expuesta a través del mecanismo de contagio de la enfermedad si esta no toma medidas preventivas básicas como uso de mascarilla en lugares concurridos o directamente hacinados, esto también es referido por estudios como el realizado por Murillo-Rosillo et al. (47), al determinar que de manera frecuente los pacientes infectados por tuberculosis suelen convivir dentro de casas con no más de dos habitaciones.

En segunda instancia, analizar el perfil socioeconómico de los pacientes es de alta importancia pues es un factor que lógicamente repercute en el apoyo social y calidad de vida de nuestros encuestados, nuestros resultados revelan que el perfil educativo es mayoritariamente bajo, un 68.6% tiene estudios básicos de primaria o secundaria, en contraste con el 24.3% que cuenta con estudios superior técnico y solo el 7.1% estudios universitarios (Figura 3); lo anterior se vuelve preocupante pues de acuerdo a estudios el desconocimiento de la enfermedad puede jugar un rol determinante para la adherencia al tratamiento (48); y, como consecuencia, provocar la propagación de cepas de tuberculosis MDR pues, de acuerdo con datos de DPCTB, la deserción del tratamiento en nuestro país está presente es un 2.9% del total de casos registrados durante 2021 en cepas de TB sensibles, sin embargo, el porcentaje se eleva a 6.3% en cepas MDR (49). En cuanto al estado civil de nuestra población destaca el porcentaje de pacientes solteros pues es el 55.7% mientras convivientes y casados representan juntos el 44.3% (Figura 4) lo cual, a su vez, puede explicarse a través del grupo demográfico principal al que pertenece nuestra población de estudio, siendo esta de edades entre 21 a 30 años. De acuerdo con los resultados orientados al nivel de ingresos de nuestra población encontramos que menos de la sexta parte (13%) menciona estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” con la cantidad de ingresos que perciben; por otro lado, casi la mitad de nuestros encuestados (47.2%) refiere que sus ingresos son “inadecuados” o “muy inadecuados” (Figura 6) lo cual coincide también con la cantidad de pacientes que refieren estar desempleados 43% y aquellos que poseen un trabajo que ofrece prestaciones de ley el cual es el 11% de nuestra población (Figura 5); es necesario también vincular la estrecha relación que existe entre el nivel de estudios alcanzados y la percepción de ingresos que refieren los pacientes pues, tal y como se observa en el Figura 7, el porcentaje de pacientes que consideran su nivel de ingresos entre “inadecuado” y “muy inadecuado” está mucho más presente en aquellos pacientes con nivel educativo básico, esto es aquellos con cursos alcanzados hasta primaria y secundaria, representando el 69% y 60% respectivamente, mientras que en niveles educativos superior técnico y universitario, esta insatisfacción de ingresos percibidos tiene una incidencia del 18% en nivel superior técnico y 0% en universitario; estos datos muestran gran similitud

con los de otras poblaciones analizadas en estudios dentro de Lima, Perú, tal es el caso de Zuñiga-Galardo (44), cuya población con estudios básicos constituye el 65.1% en contraste con el 34.9% que alcanza nivel superior de estudios y también por el de Pacco-Pacualla (50) que encuentra un 60% y 40% en niveles básico y superior respectivamente; ambas variables, la económica y educativa, pueden influir ampliamente en la habilidad del paciente para afrontar su enfermedad y por ello repercutir positivamente al pronóstico de la misma (51), es esta una razón por la que instituciones como el MINSA destinan recursos a combatir la desinformación y mitos respecto a la tuberculosis.

Los resultados del primer test aplicado, el instrumento de medición para el Apoyo Social (MOS-SSS), nos permite identificar en dos grupos a nuestra población, pacientes con apoyo social aceptable y aquellos con apoyo social deficiente, como podemos apreciar en la Tabla 1 los resultados del índice global se encuentran muy parejos entre sí, siendo predominante la población con apoyo social aceptable al comprender el 54.3% de la población, y al apoyo social deficiente con el 45.7%, siendo la diferencia entre ambos grupos de apenas un 8.6%, estudios enfocados al apoyo social de pacientes con tuberculosis en nuestro país muestran porcentajes similares, por ejemplo, Cajachagua-Castro et al. (52), describen un 48% de su muestra con índice de apoyo social aceptable y el restante 52% como deficiente, mientras que Pari-Pari (53) reporta un 45% como aceptable y 55% deficiente; pese a que el valor estadístico de nuestro índice global sitúa, con poca diferencia, la predominancia de un apoyo social aceptable es importante hacer mención que tanto la media aritmética como la moda de los índices globales por participante corresponden al 57.9% y 57% respectivamente, indicando que una gran mayoría puntúa en el test dentro de esta categoría por apenas el mínimo requerido por nuestro instrumento, por el momento no se cuentan con estudios validados de este test en nuestro idioma o país que permitan una puntuación distinta a la propuesta por los autores originales del instrumento, el cual podría clasificar de manera más precisa los índices globales. Respecto a las dimensiones del instrumento MOS-SSS podemos observar en la Tabla 2 que los porcentajes para cada una de las cuatro dimensiones son proporcionales al índice global, es decir, la mayoría de las escalas son determinadas como aceptables en porcentajes que van desde 51.7%

en escala emocional hasta un 58.6% en las escalas interacción social y apoyo afectivo, pudiendo observar que nuestra población cuenta con menos apoyo en la dimensión emocional, es decir, existe una nula capacidad de expresión de sus sentimientos e ideas; lo anterior difiere del estudio de Cajachagua-Castro et al. (52), quienes encontraron que la dimensión más baja en su muestra fue el apoyo instrumental y la más alta corresponde al apoyo afectivo, por su parte Pari-Pari (53) refiere que en su muestra el apoyo social mínimo se reflejó sobre la dimensión emocional y la afectiva; lo anterior puede deberse a que, pese a que existe un apoyo por parte de la comunidad que se traduce en apoyo material y social, este grupo poblacional no encuentra la forma de entablar una correcta comunicación en sus círculos personales, lo cual puede explicarse debido al miedo que existe a relacionarse directamente con ellos y así poner en riesgo su salud a través de la transmisión de su enfermedad, o simplemente a que las medidas profilácticas en casa distancian a sus seres queridos e imposibilitan la capacidad de reforzar los vínculos familiares y sociales, los cuales, a través de la comunicación y convivencia, permiten que como personas podamos sentirnos validados emocionalmente.

Para el caso de nuestro segundo instrumento, el SF-36, los resultados cuentan con la facilidad de poder agrupar el puntaje final por quintiles, diferenciándose en cinco categorías posibles, las cuales son descritas en la Tabla 3 y entre las cuales destacan como preponderantes las categorías “Calidad de vida promedio” y “Calidad de vida baja” cada una representa un 40%, es decir que juntas comprendieron el 80% de nuestra población, estudios llevados a cabo por Becerra-Walter (54) también demostraron valores similares al puntuar a través del mismo instrumento un 78% en las categorías de calidad de vida promedio, esta similitud evidencia que el nivel de calidad de vida de estos pacientes difícilmente podrá estar por encima del promedio debido a que la sintomatología repercute directamente en la capacidad del paciente de hacerse valer por sí mismo, requiriendo atenciones especiales y un seguimiento farmacoterapéutico lo suficientemente estricto, debido a ello, actualmente uno de los principales objetivos de nuestro sistema de salud se enfoca en atender la marginación a la que estos pacientes son víctimas con el fin de evitar disminuir las condiciones ambientales que dificultan un seguimiento adecuado del paciente (1).

El análisis por dimensiones de nuestro instrumento denota que las dos dimensiones con peor puntuación de nuestra población corresponden a las dimensiones de rol físico y rol emocional, con un 70% y 69% de la población puntuando de entre 0 a 19 puntos (Figura 11), es decir: "rol físico muy bajo" y "rol emocional muy bajo" respectivamente; la primera son los efectos de la salud sobre la capacidad de realizar algún trabajo o actividad determinada y la segunda se trata del efecto que tienen los sentimientos del paciente para la realización de sus actividades diarias; en contraste, las dos dimensiones que mejor puntuaron son función física y dolor corporal, ya que el porcentaje de nuestra muestra puntuando un nivel "alto" y "muy alto" es de 50% y 40% respectivamente. De manera análoga, estudios como el llevado a cabo por Ramos-Navarro y Matute-Moreto (55) también han identificado a las dimensiones rol físico y rol emocional como las peores puntuadas en su muestra, pues estas cuentan con el 31.4% de la población con puntaje "muy bajo" en ambas dimensiones; o también en el estudio de Becerra-Walter (54), pues las dimensiones rol emocional y vitalidad se identifican como las peores puntuadas al obtener un promedio de 53.5 puntos; es de resaltar entonces como se repite la incidencia de la dimensión rol emocional puntuando niveles bajos en estos estudios incluido el nuestro, esto puede deberse a que, a pesar de que los pacientes no padecen de malestar físico, existe un sentimiento de soledad para poder comunicar sus emociones hacia sus seres queridos o familiares, lo anterior recobra importancia si recordamos que estos pacientes suelen ser discriminados dentro y fuera del hogar. Continuando con los resultados inferenciales al determinar la relación entre los índices globales de calidad de vida y apoyo social podemos obtener una pendiente del tipo directa o positiva como se puede apreciar en el Figura 12 al trazar la relación entre los resultados del apoyo social en el eje X y los resultados de calidad de vida en el Y, esto se puede confirmar a través del resultado del coeficiente de Spearman el cual resulta en 0.400 y corresponde a una correlación positiva media (Tabla 5) que, a su vez, puede entenderse como: a mayor apoyo social este valor impacta moderadamente al de calidad de vida, lo anterior puede explicarse debido al amplio porcentaje de pacientes que, en el instrumento MOS-SSS, puntuaron un resultado de "Apoyo social aceptable" (54.3%) con respecto a quienes puntuaron "Apoyo social deficiente" (45.7%), sin embargo, el resultado del coeficiente de Spearman

cuenta con un valor de significancia bastante aceptable al ser este de 0.001 siendo la máxima aceptable 0.050, en comparación con otros estudios Mendoza-Gil (16) en su tesis: “Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis MDR del Centro Materno Infantil El Progreso, Carabayllo, 2018.” obtiene una rho de Spearman de 0.991, el cual corresponde a una correlación positiva perfecta (Tabla 5), sin embargo, resultados con una rho de Spearman más parecida a la de nuestro estudio también ha sido descrita por Ccalla-Mamani y Quispe-Flores (56) en 2014 quienes obtienen un coeficiente de 0.4237, resultado que, al igual que el reportado por nosotros, corresponde a una correlación positiva media.

Finalmente, respecto a las distintas dimensiones del apoyo social podemos observar coeficientes de correlación de Spearman similares al obtenido respecto al índice global de esta variable, estos son para las dimensiones de apoyo emocional, instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo de: 0.333, 0.413, 0.416 y 0.423 respectivamente, de acuerdo con lo reportado en las tablas 7, 8, 9 y 10, en las cuales podemos también apreciar los puntajes de significancia obtenidos para estos coeficientes, destacando que en ninguno de ellos el valor excedió el 0.05 permitido, sino que, de manera bastante positiva, se mantuvieron entre 0.000 para el caso de las dimensiones apoyo instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo, mientras que para el caso de la dimensión de apoyo emocional fue de 0.005. De entre los resultados anteriormente mencionados, es de relevancia indicar que mientras todos los coeficientes se mantuvieron en un rango de rho de Spearman de “Correlación positiva media” (Tabla 5), la dimensión con mayor correlación corresponde a la del apoyo afectivo con 0.423 y la dimensión que muestra menor correlación de ellas es la de apoyo emocional con 0.333; la falta de afinidad para la escala de apoyo emocional puede explicarse a que los ítems de esta dimensión están enfocados a la comunicación que el paciente tiene con las personas a su alrededor, este apoyo no tendría un impacto tan relevante sobre las dimensiones de nuestro segundo instrumento, el cuestionario SF-36, puesto que las dimensiones que comprende este cuestionario están más orientadas a la incapacidad y la falta de autonomía que los pacientes perciben en actividades de su vida cotidiana, en este contexto las dimensiones de calidad de vida que podrían verse afectadas son función social y rol emocional, dimensiones que, a su vez, se ven limitadas al ser las que menos

ítems tienen dentro del instrumento, al ser estos únicamente 2 y 3 ítems respectivamente; esta hipótesis puede cobrar relevancia si ponemos énfasis, de entre las cuatro dimensiones del instrumento MOS-SSS, en la dimensión con mayor índice de correlación obtenido siendo esta la de apoyo afectivo, la cual se encarga de evaluar la presencia de vínculos sentimentales del paciente hacia las personas que le rodean, cumpliendo estos vínculos la necesidad del paciente de ser querido y aceptado, además de que, lógicamente, impacta de manera relevante sobre las dimensiones descritas en el cuestionario SF-36 como lo son salud mental, función social y vitalidad, dimensiones que comprenden 5, 3 y 4 ítems respectivamente, es decir, una tercera parte del total de ítems con los que cuenta el instrumento y por lo cual supone lógico que la dimensión en mayor relación con este instrumento sea el apoyo afectivo; un estudio que correlacione las dimensiones de las variables entre sí no se ha realizado, puesto que en los estudios previamente citados la rho de Spearman se determinó únicamente para los valores globales de los instrumentos MOS-SSS y SF-36, dificultando así la adición de otras hipótesis que permitan explicar nuestros resultados pero a su vez aumentando el espacio que existe dentro de la investigación clínica para la determinación de mejores métodos a ser validados en este tipo de población.

Como último punto consideramos importante mencionar que la correlación entre las variables está fuertemente vinculada a los instrumentos utilizados para la determinación de las mismas, siendo interesante para futuras investigaciones clínicas la aplicación y comparación de distintos instrumentos a los utilizados en esta tesis, como bien podrían representar el instrumento DUKE-UNK para la variable del apoyo social o el WHOQOL-BREF para la variable calidad de vida, así como el estudio de su eficacia para su aplicación en conjunto en pacientes con tuberculosis en nuestro país.

## 4.2. Conclusiones

1. Se pudo establecer que existe relación significativa entre el apoyo social y la calidad de vida de los pacientes, a una mejor percepción del apoyo social, este impacta con una correlación positiva media a la calidad de vida.
2. Igualmente comparada la dimensión apoyo emocional con la calidad de vida, se estableció que existe una relación significativa entre ambas, pudiendo establecerse que, a un mejor nivel de apoyo emocional, esto influencia con una correlación positiva media a la calidad de vida.
3. Analizada la relación entre la dimensión apoyo instrumental con calidad de vida, se pudo determinar que existe relación significativa entre ambas, estableciéndose que, a un mejor nivel de apoyo instrumental, esto influencia con una correlación positiva media a la calidad de vida.
4. Analizada la relación entre la dimensión interacción positiva con calidad de vida, se pudo establecer que existe relación significativa entre ambas, siendo esta que, a mayor presencia de interacción positiva, esto influencia con una correlación positiva media a la calidad de vida.
5. Finalmente, comparando la relación entre la dimensión apoyo afectivo y calidad de vida, la prueba estadística concluyó que existe relación entre ambas variables. Igualmente, un mejor nivel de apoyo afectivo repercute con una correlación positiva media a la calidad de vida.
6. Se determinó en los pacientes que reciben tratamiento por tuberculosis, que la percepción que tienen sobre el nivel apoyo social que reciben en poco más de la mitad es aceptable (54%), dicho porcentaje no es contundente, puesto que quienes alcanzan a percibir un apoyo social deficiente son, igualmente, varios (46%), por lo que podemos afirmar que 1 de cada 2 pacientes considera que el apoyo que recibe es aceptable, mientras otro lo considera deficiente.
7. Sobre la percepción del apoyo social en cada una de las dimensiones: emocional, instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo, la percepción también se encuentra fuertemente dividida, en poco más del 50% la percepción resulta aceptable en cada una de las dimensiones, pero es cierto

que el porcentaje de quienes consideran deficiente es también alto. Entre las dimensiones de apoyo social que tienen relativamente mejor percepción "aceptable" destaca "apoyo afectivo" e "interacción positiva", en tanto la percepción que se encuentra más cerca al umbral de calificar como "deficiente" es la dimensión "emocional".

8. Igualmente, clasificados de acuerdo con los niveles de calidad de vida, la percepción de la población se concentra en el nivel "Bajo" y "Promedio", sumando el 80% entre ambas categorías. Exceptuando la percepción "Promedio", se puede afirmar que entre la población su percepción de "calidad de vida" tiende a inclinarse más a "Baja" y/o "Muy baja" (44%) comparativamente a la percepción "Alta" y/o "Muy alta" (16%).
9. De entre las dimensiones relacionadas a la variable calidad de vida, una única dimensión donde casi el 50% de los pacientes consideran que la percepción es "Alta" y/o "muy alta" es la relacionada a "Función física". Exceptuando la percepción promedio, las dimensiones donde comparativamente se observa una percepción positiva ("Alta" y "Muy alta") superior a la percepción negativa ("Baja" y "Muy baja"), son las dimensiones "Dolor corporal", "Función Social" y "Salud Mental". Dimensiones donde se debería prestar atención, resultan ser aquellas donde la proporción de quienes calificaron como "Baja" y/o "Muy baja" son bastante altos, como fueron las dimensiones relacionadas a "Rol físico" y "Rol emocional".

### 4.3. Recomendaciones

1. Se sugiere a futuros investigadores el valorar la utilización de distintos instrumentos de medición en ambas variables: calidad de vida y apoyo social; especialmente para el caso de calidad de vida instrumentos que valoren de manera más amplia la dimensión rol emocional, pues de acuerdo con los antecedentes investigados y a los resultados obtenidos, existe la posibilidad de encontrar resultados más concluyentes a través de instrumentos que contemplen mayor alcance en esta dimensión.
2. Realizar un acercamiento previo con el encuestado que permita establecer un breve vínculo de confianza, el cual puede permitir al paciente responder de manera más honesta algunas dimensiones específicas como por ejemplo la dimensión emocional.
3. En caso de que existan dudas al momento de aplicar los ítems de alguno de los instrumentos, realizar una pausa para preguntar al paciente si ha entendido bien la pregunta y, en su defecto, plantear ejemplos sencillos que permitan al paciente responder de manera lo más realista posible.
4. Hay que considerar que la atención que reciben los pacientes encuestados constituye una situación que no engloba a la totalidad de pacientes en el espacio geográfico designado, es decir, que la atención médica supone una situación de ventaja o sesgo en la dimensión "Interacción Social Positiva", por lo tanto, esto puede considerarse en futuros proyectos al momento de seleccionar otro instrumento o población.
5. Hay que recordar que, como encuestadores, debemos mostrarnos siempre en una actitud de respeto, principalmente por el bien del paciente, pero también para no afectar los resultados de nuestra encuesta al momento de aplicar el instrumento, esto sobre todo para evitar que el paciente perciba nuestra actitud de manera hostil o irrespetuosa, lo cual atenta contra la dignidad del paciente.
6. Considerar, al momento de plantear las preguntas de datos sociodemográficos de los pacientes, incluir uno o dos ítems extra para determinar la situación económica del paciente con el fin de establecer un

método que permita identificar mejor este aspecto, pero sin olvidar ser discretos y asegurar el derecho a la privacidad de información sensible del paciente.

7. Sugerir un espacio o tiempo diferente para la aplicación de cada uno de los métodos con el fin de no agobiar a los pacientes, puesto que, cada uno de los métodos cuenta con un número considerable de ítems, que, al ser aplicados de manera consecutiva y sin permitir al paciente un momento de descanso, pueden ser respondidos de manera sesgada.
8. Considerar la presencia de discapacidades físicas al momento de aplicar cada uno de los instrumentos, esto con el fin de brindar un entorno seguro, pero también de confianza hacia el paciente, aspecto muy importante al considerar que la tuberculosis es una infección crónica que afecta la calidad de vida de los pacientes afectados.
9. De ser posible, aplicar cada una de las encuestas en presencia de un familiar o acompañante del paciente el cual sirva de apoyo emocional y ayude a que el paciente no se sienta nervioso o alterado durante la aplicación de los instrumentos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, 2021. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS, 2022. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
3. Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis. [Internet]. SIGTB, 2022 [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://sites.google.com/view/sigtbayuda/sigtb-web>
4. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. [Internet]. DPCTB, 2022 [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>
5. Red Castilla Condesuyos La Unión. Plan Operativo De La Estrategia Sanitaria De Prevención Y Control De La Tuberculosis. Lima, Perú. 2021. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: [https://www.redccu.gob.pe/File/Estrategias/POI/POA\\_2021\\_TBC.pdf](https://www.redccu.gob.pe/File/Estrategias/POI/POA_2021_TBC.pdf)
6. Reyes N, Caballero P, Ticona E, Béjar V., Ávila J., Castillo C., et al. El estigma frente a la tuberculosis en estudiantes de la facultad de medicina de una universidad pública, 2017. An Fac med. [Internet]. 2017 [citado 07 mayo 2023];79(3):225-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i3.15315>
7. National Institute of Cancer [Internet]. NIH, 2022. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/apoyo-social>
8. Cajachagua M., Chavez J., Chilon A. y Camposano A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. Revista Cuidarte. [Internet]. 2022 [citado 07 mayo 2023];13(2):e2083. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2083>
9. Asociación de Personas Afectadas por Tuberculosis [Internet]. ASPAT, 2020. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <http://aspat.org.pe/informate/ver-noticia/122>

10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, 2022. [citada 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
11. Condori C. y Trujillo F. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar de tres establecimientos del primer nivel de atención en Lima. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública*. [Internet]. 2021. [citado 07 mayo 2023];106(1):80-87. Disponible en: <https://doi.org/10.53684/csp.v1i1.14>
12. Muhammad R., Shahab E. y Muhammad A. Health-Related Quality of Life of Tuberculosis Patients and the Role of Socioeconomic Factors: A Mixed-Method Study. *M J Trop Med Hyg*. [Internet]. 2022. [citado 07 mayo 2023];1(1):31-37. Disponible en: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/106/1/article-p80.xml>
13. Chen X, Xu J, Chen Y, Wu R, Ji H, Pan Y, et al. The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific reports*. [Internet]. 2021. [citado 07 mayo 2023];11(1): 21-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03811-w>
14. Zarova C., Chiwaridzo M., Tadyanemhandu C., Machando D. y Dambi J. The impact of social support on the health-related quality of life of adult patients with tuberculosis in Harare, Zimbabwe: a cross-sectional survey. *BMC Res Notes*. [Internet]. 2018. [citado 07 mayo 2023];11(1):795. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3904-6>
15. Neves A., Castrighini C., Reis R., Canini S. y Gir E. Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH. *Enferm. glob*. [Internet]. 2018 [citado 07 mayo 2023];17(50):1-29. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>
16. Mendoza M. Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con Tuberculosis MDR del Centro Materno Infantil “El Progreso”. Carabayllo, 2018. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18100>
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, 2021. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>

18. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, 2022. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
19. Maza C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud. [Tesis de licenciatura]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2016 [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/8941>
20. International Association for the Study of Pain [Internet]. IASP, 2021 [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, 2022. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1)
22. National Cancer Institute [Internet]. NIH, 2021. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/vitalidad>
23. López N., Iriarte C. y González M. Aproximación y revisión del concepto «competencia social». Rev. Esp. Ped. [Internet]. 2004. [citado 07 mayo 2023];62(227):143-156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=866882>
24. Marín D. y Sanhueza O. Apoyo Social: Uso Del Concepto En Enfermería. Horiz Enferm. [Internet]. 2016. [citado 07 mayo 2023];27(2):36-40. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1179081/32-40.pdf>
25. Vega-Angarita O. y González-Escobar D. Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Salud Crónica. Enfermería Global. [Internet]. 2009. [citado 07 mayo 2023]; 8(2):1-11. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>
26. Naranjo Y. y Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [citado 07 mayo 2023];19(3)89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
27. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
28. Ramos C. Los Alcances de una Investigación. CienciAmérica. [Internet]. 2020.

[citado 07 mayo 2023];9(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>

29. Cvetkovic A., Alonso J., Lama J. y Correa L. Estudios Transversales. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021. [citado 07 mayo 2023];21(1):179-185. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3069>

30. MINSA. Norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad. [citado 07 mayo 2023]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20230703103146.pdf>

31. Real Academia Española. Diccionario de Lengua Española: Encuesta [Internet]. 2014 [citado 07 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://dle.rae.es/encuesta>

32. Herrera V., Galindo O., Bobadillo R., Penedo F. y Lerma A. Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. Psicología y Salud [Internet]. 2021 [citado 07 mayo 2023];31(2):225-235. Disponible en: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2691>

33. Vilagut F., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer G., Quintana J., et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 [citado 07 mayo 2023];19(2):135-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007)

34. Revilla A., Luna J. , Bailón E. y Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Medicina en Familia. [Internet]. 2005 [citado 07 mayo 2023];6 (1):10-18. Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>

35. Deybi R. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. Rev IIPSI [Internet]. 2016 [citado 07 mayo 2023];19(1):177-190. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>

36. Alonso J., Prieto L. y Antó J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina clínica. [Internet]. 1995 [citado 07 mayo 2023];(104):771-776. Disponible en: <https://www.calameo.com/read/00497060540c0d480529c>

37. Robles F. Evidencias psicométricas del Cuestionario SF-36 en una población con enfermedades no transmisibles de Chimbote. Chimbote, 2020. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60977>
38. Mondragón-Barrera M. Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Mov. Cient.* [Internet] 2014 [citado 20 enero 2024];8(1): 98-104. Disponible en: <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.08111>
39. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008 [Internet]. [citado 03 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
40. Ferro M., Molina L. y Rodríguez W. La bioética y sus principios. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2009 Jun [citado 07 Mayo 2023];47(2):481-487. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es).
41. Amaro M., Marrero A., Luisa M. y Moynelo H. Principios básicos de la bioética. *Rev. Cubana Enfermera* [Internet]. 1996 [citado 07 mayo 2023];12(1):11-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es).
42. Montes-Díaz A., Ochoa-Celis J., Juárez-Hernández B. Vázquez-Mendoza M. y Díaz-León C. Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio de fisioterapia. México. *Revista CAPE.* [Internet]. 2021 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://www.fcfm.buap.mx/SIEP/2021/Extensos%20Carteles/Extenso%20Juliana.pdf>
43. Center for Genomic Sciences [Internet]. UNAM, 2016 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: [https://www.ccg.unam.mx/~vinuesa/R4biosciences/docs/Tema8\\_correlacion.html](https://www.ccg.unam.mx/~vinuesa/R4biosciences/docs/Tema8_correlacion.html)
44. Zuñiga-Gallardo J. Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en un establecimiento de salud del primer nivel de atención, Lima 2023. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/20039>

45. Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú. [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, 2022 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2022/SE272022/03.pdf>
46. Factores de Riesgo de la Tuberculosis. [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>
47. Murillo-Rosillo V., Ordoñez-Romero P. y Paredes-Tafur C. Calidad de vida en personas afectadas con tuberculosis pulmonar de la Microred de salud San Martín de Porres, Lima - Perú, 2016. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2016 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uclm.es/handle/20.500.12872/189>
48. Pinargote-Chancay R. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis: Revisión integrativa. Rev Salud y Vida. [Internet]. 2023 Dic [citado 20 enero 2024];7(14):80-102. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2610-80382023000200080&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200080&lng=es)
49. Situación Actual de la Tuberculosis en el Perú. [Internet]. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, 2022. [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2022/SE272022/04.pdf>
50. Pacco-Pacualla E. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes atendidos en el programa de control de tuberculosis pulmonar del Hospital San Juan de Lurigancho – 2021. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2022 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/943>
51. Lazo-Córdova J. y Laura-Arce J. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis en la población peruana y nivel educativo asociado: análisis de ENDES 2019. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2023 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11676>
52. Cajachagua-Castro M., Chávez-Sosa J., Chilon-Huaman A. y Camposano-Ninahuanca A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. Revista Cuidarte. [Internet] 2022 [citado 20 enero 2024];13(2): e2083.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2083>

53. Pari-Pari A. Apoyo social en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Laderas de Chillón Puente Piedra, 2020. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58169>

54. Becerra-Walter C. Calidad de vida en pacientes con Tuberculosis Pulmonar monodrogo resistente en 5 Centros de Salud de la región Lambayeque, 2020. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2021 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8472>

55. Ramos-Navarro J. y Matute-Moreto D. Calidad de vida en pacientes con Tuberculosis Pulmonar atendidos en un hospital ubicado en Lima sur, 2021. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2022 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/763>

56. Ccalla-Mamani S. y Quispe-Flores M. Apoyo social percibido y calidad de vida en personas con tuberculosis. Microredes Zamácola, Alto Selva Alegre y Ciudad Blanca - Arequipa. 2014. [Tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014 [citado 20 enero 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2268>

## ANEXOS

### Anexo A. Matriz de consistencia

#### Título de proyecto: APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación del nivel de apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p>	<p>Objetivo principal: Determinar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>	<p><b>Hipótesis alternativa (H1):</b> Existe relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>	<b>V1: Apoyo social</b>	<p><b>Dimensión 1:</b> Apoyo emocional / informacional</p>	<p><b>Tipo:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño:</b> Correlacional-Transversal</p> <p><b>Población:</b> 70 pacientes diagnosticados con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención en la zona norte de Lima, Perú.</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p>	<p><b>Hipótesis nula (H0):</b> No existe relación significativa entre la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>		<p><b>Dimensión 2:</b> Apoyo instrumental</p>	
<p>- ¿Cuál es la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p>	<p>- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida de pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>	<p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p>		<p><b>Dimensión 3:</b> Interacción positiva</p>	
<p>- ¿Cuál es la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p>	<p>- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida de pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>	<p>H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo emocional y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p>		<p><b>Dimensión 4:</b> Apoyo afectivo</p>	
<p>- ¿Cuál es la relación entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la</p>	<p>- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión interacción</p>		<b>V2: Calidad de vida</b>	<p><b>Dimensión 1:</b> Función física</p>	
				<p><b>Dimensión 2:</b> Rol físico</p>	
				<p><b>Dimensión 3:</b> Dolor corporal</p>	

<p>calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p> <p>- ¿Cuál es la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de las dimensiones de apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de las dimensiones de calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención?</p>	<p>positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención.</p> <p>- Determinar la relación entre el apoyo social en su dimensión apoyo afectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención.</p> <p>- Identificar el nivel de apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p> <p>-Identificar el nivel de las dimensiones del apoyo social en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p> <p>-Identificar el nivel de calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p> <p>-Identificar el nivel de las dimensiones de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de primer nivel de atención.</p>	<p>H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p> <p>H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo instrumental y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p> <p>H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p> <p>H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión interacción positiva y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p> <p>H1: Existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo efectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p> <p>H0: No existe relación significativa entre el apoyo social en su dimensión apoyo efectivo y la calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en centros de primer nivel de atención.</p>		<p><b>Dimensión 4:</b> Salud general</p> <p><b>Dimensión 5:</b> Vitalidad</p> <p><b>Dimensión 6:</b> Función social</p> <p><b>Dimensión 7:</b> Rol emocional</p> <p><b>Dimensión 8:</b> Salud mental</p>	<p><b>Instrumento:</b></p> <p>- Cuestionario MOS-SSS</p> <p>- Cuestionario SF-36</p>
--	---	--	--	--	--

## Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Apoyo social	Cualitativa Y Ordinal	El National Institute of Cancer del gobierno de los EE. UU. define al apoyo social como la ayuda psicológica, física o financiera que recibe un paciente por parte de su familia, amigos, vecinos o miembros de su comunidad, la cual también puede ser fundamental para su tratamiento y la recuperación de su salud en general (16).	El apoyo social se entenderá como la percepción de los pacientes que acuden por tratamiento a dos Centros de Salud de primer nivel de atención en Lima Norte en relación con la percepción que tienen los pacientes del apoyo y ayuda brindada por organizaciones sociales, servicios de salud y por parte de su círculo social, el cual comprende a familiares, amigos y miembros de su comunidad, dichas características serán evaluadas a través del cuestionario Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS).	Apoyo emocional / informacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No contar con alguien con quien hablar.</li> <li>-No hay una persona que pueda ofrecer consejo.</li> <li>-No hay alguien que pueda brindarle información u apoyo ante un problema.</li> <li>-No existe alguien en quien pueda confiar y hablar de usted mismo.</li> <li>-No hay alguien cuyo consejo realmente desee.</li> <li>-Faltan personas con quien pueda compartir sus temores más íntimos.</li> <li>-Faltan personas que le ayuden a resolver sus problemas íntimos.</li> <li>-No hay alguien quien pueda entender sus problemas.</li> </ul>	8 ítems (3,4,8,9,13,16, 17 y 19)	<p><b>Puntuación global:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo Social Aceptable</li> <li>-Apoyo Social Deficiente</li> </ul> <p><b>Puntuación por dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo Emocional Aceptable</li> <li>-Apoyo Emocional Deficiente</li> </ul>	<p><b>Puntuación global:</b></p> <p>Apoyo Social Aceptable: 57 a 94 pts.</p> <p>Apoyo Social Deficiente: 19 a 56 pts.</p> <p><b>Puntuación por dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Emocional: Aceptable: a 24 a 40 pts.</li> <li>-Emocional: Deficiente: 8 a 23 pts.</li> </ul>
				Apoyo instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de alguien que le ayude en estado de postración.</li> <li>-Ausencia de personas que lo trasladen al médico de ser necesario.</li> <li>-Ausencia de personas que lo ayuden a preparar sus alimentos.</li> </ul>	4 ítems (2,5,12 y 15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo Instrumental Aceptable</li> <li>-Apoyo Instrumental Deficiente</li> </ul>	<p>-Instrumental Aceptable: 12 a 20 pts.</p>

					-Ausencia de personas que lo apoyen a realizar sus labores domésticas.		-Interacción Positiva Aceptable	-Instrumental: Deficiente: 4 a 11 pts.
			Interacción positiva		-Ausencia de personas pasar un buen rato. -Falta de personas para relajarse. -Ausencia de personas que lo ayuden a olvidar sus problemas. -Ausencia de personas para divertirse.	4 ítems (7,11,14 y 18)	-Interacción Positiva Deficiente  -Apoyo Afectivo Aceptable  -Apoyo Afectivo Deficiente	-Interacción Aceptable: 12 a 20 pts.  -Interacción Deficiente: 4 a 11 pts.
			Apoyo afectivo		-Ausencia de personas que le muestren amor y afecto. -No hay alguien que lo abrace. -Ausencia de alguien a quien amar y sentirse querido.	3 ítems (6,10 y 20)		-Afecto Aceptable: 9 a 15 pts.  -Afecto Deficiente: 3 a 8 pts.

**APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS CENTROS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	Cualitativa  Y  Ordinal	La OMS define a la calidad de vida como la apreciación de una determinada persona sobre su condición de vida en referencia a sus valores culturales y su entorno social, esto en comparación a los anhelos, ideales, metas e intereses del individuo (10).	Es la apreciación de una determinada persona sobre su condición de vida derivado de la evaluación que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis en dos centros de salud de primer nivel de atención en Lima Norte, esta se expresará en el impacto sobre la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, el cual será evaluado con el cuestionario "36-Item Short-Form Survey" mejor conocido como SF-36.	Función física	-Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud.  -Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación.	10 ítems (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)	<b>Puntuación global:</b> -Calidad de Vida alta. -Calidad de vida moderadamente alta. -Calidad de vida promedio -Calidad de vida moderadamente baja -Calidad de vida muy baja.	<b>Puntuación global:</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.  <b>Por dimensiones:</b> <b>FUNCIÓN FÍSICA</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.  <b>- ROL FÍSICO</b> -Alto: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alto: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente bajo: 20 a 39 puntos -Muy bajo: 0 a 19 puntos.  <b>DOLOR CORPORAL</b> -Alto: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alto: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente bajo: 20 a 39 puntos -Muy bajo: 0 a 19 puntos.  <b>SALUD GENERAL</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.
				Rol físico	-Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física.  -Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.	4 ítems (13, 14, 15, 16)	<b>Puntuación por dimensiones:</b> <b>FUNCIÓN FÍSICA</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente baja -Muy Baja  <b>ROL FÍSICO</b> -Alto -Moderadamente alto -Promedio. -Moderadamente bajo -Muy Bajo	
				Dolor corporal	-Dolor muy severo y altamente limitante.  -Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo.	2 ítems (21, 22)	<b>DOLOR CORPORAL</b> -Alto -Moderadamente alto -Promedio. -Moderadamente bajo -Muy Bajo	
				Salud general	-El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará.  -Evalúa su salud personal como buena / excelente.	5 ítems (1, 33, 34, 35, 36)	<b>SALUD GENERAL</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente bajo -Muy Bajo	
				Vitalidad	-Cansancio y agotamiento todo el tiempo.  -Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.	4 ítems (23, 27, 29, 31)	<b>SALUD GENERAL</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente baja -Muy Baja	

				<p>Función social</p> <p>-Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales.</p> <p>-Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales.</p>	<p>2 ítems (20, 32)</p>	<p><b>VITALIDAD</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente baja -Muy Baja</p> <p><b>FUNCIÓN SOCIAL</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente baja -Muy Baja</p> <p><b>ROL EMOCIONAL</b> -Alto -Moderadamente alto -Promedio. -Moderadamente bajo -Muy Bajo</p> <p><b>SALUD MENTAL</b> -Alta -Moderadamente alta -Promedio. -Moderadamente baja -Muy Baja</p>	<p><b>VITALIDAD</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.</p> <p><b>FUNCIÓN SOCIAL</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.</p> <p><b>ROL EMOCIONAL</b> -Alto: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alto: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente bajo: 20 a 39 puntos -Muy bajo: 0 a 19 puntos.</p> <p><b>SALUD MENTAL</b> -Alta: 80 a 100 puntos. -Moderadamente Alta: 60 a 70 puntos. -Promedio: 40 a 59 puntos. -Moderadamente baja: 20 a 39 puntos -Muy baja: 0 a 19 puntos.</p>
				<p>Rol emocional</p> <p>-Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.</p> <p>-Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.</p>	<p>3 ítems (17, 18, 19)</p>		
				<p>Salud mental</p> <p>-Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo.</p> <p>-Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.</p>	<p>5 ítems (24, 25, 26, 28, 30)</p>		
				<p>Transición de Salud</p> <p>-Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.</p>	<p>1 ítem (2)</p>		

## Anexo C. Instrumentos de Recolección de Datos

### I. PRESENTACIÓN

Estimado(a): Este cuestionario tiene el propósito de recabar información sobre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento de tuberculosis en los centros de salud de primer nivel de atención: Raúl Porras Barrenechea y C.M.I. Los Sureños. Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Usted tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

¿Está usted de acuerdo en participar de esta encuesta?

SI ( ) NO ( )

### II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lee cada pregunta con atención.

#### DATOS GENERALES:

**D1. Edad en años cumplidos:** \_\_\_\_\_

**D2. Sexo:**

1. Mujer
2. Hombre

**D3. Situación laboral:**

1. Desempleado
2. Trabajador formal (en planilla)
3. Trabajador informal
4. Jubilado

**D4. Estado civil**

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Conviviente
4. Viudo (a)

**D5. Señale el nivel más alto educativo alcanzado**

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior técnico
4. Superior Universitario

**D6. Nivel percibido de ingresos**

1. Muy inadecuado
2. Inadecuado
3. Neutral
4. Adecuado
5. Muy adecuado

**D7. Tiempo de tratamiento en meses:** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO MOS-SSS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Usted dispone:

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

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos:

¿Con qué frecuencia usted cuenta con cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidarsus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si este enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

**Valoración de la prueba:**

Se utiliza la sumatoria del valor codificado total correspondiente a:

Índice global de apoyo social: Ítems 2 al 20.

Apoyo emocional/informacional: Ítems: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Apoyo Instrumental: Ítems: 2, 5, 12 y 15.

Interacción positiva: Ítems: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: Ítems: 6, 10 y 20.

**Interpretación.**

	Deficiente	Aceptable
Índice global de apoyo social	19 a 56 puntos	57 a 95 puntos
Apoyo emocional / informacional	8 a 23 puntos	24 a 40 puntos
Apoyo Instrumental	4 a 11 puntos	12 a 20 puntos
Interacción positiva	4 a 11 puntos	12 a 20 puntos
Apoyo afectivo	3 a 8 puntos	9 a 15 puntos

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

**INDICACIÓN: Marque una sola respuesta:**

1. En general, usted diría que su salud es:
  1.  Excelente
  2.  Muy buena
  3.  Buena
  4.  Regular
  5.  Mala
  
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
  1.  Mucho mejor ahora que hace un año
  2.  Algo mejor ahora que hace un año
  3.  Más o menos igual que hace un año
  4.  Algo peor ahora que hace un año
  5.  Mucho peor ahora que hace un año

**Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
  1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
  
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
  1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
  
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
  1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
  
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
  1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1.  Sí, me limita mucho
  2.  Sí, me limita un poco
  3.  No, no me limita nada

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias:**

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
1.  Sí
  2.  No
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1.  Sí

2.  No
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1.  Sí
  2.  No
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1.  Sí
  2.  No
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1.  Sí
  2.  No
18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1.  Sí
  2.  No
19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional, (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1.  Sí
  2.  No
20. Durante las últimas 4 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?
1.  Nada
  2.  Un poco
  3.  Regular
  4.  Bastante
  5.  Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1.  No, ninguno
  2.  Sí, muy poco
  3.  Sí, un poco

4. ( ) Sí, moderado
5. ( ) Si, mucho
6. ( ) Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual(¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas?)

1. ( ) Nada
2. ( ) Un poco
3. ( ) Regular
4. ( ) Bastante
5. ( ) Mucho

**Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. ( ) Siempre
2. ( ) Casi siempre
3. ( ) Muchas veces
4. ( ) Algunas veces
5. ( ) Sólo alguna vez
6. ( ) Nunca

24. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. ( ) Siempre
2. ( ) Casi siempre
3. ( ) Muchas veces
4. ( ) Algunas veces
5. ( ) Sólo alguna vez
6. ( ) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. ( ) Siempre
2. ( ) Casi siempre
3. ( ) Muchas veces
4. ( ) Algunas veces
5. ( ) Sólo alguna vez
6. ( ) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Muchas veces
4.  Algunas veces
5.  Sólo alguna vez
6.  Nunca

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

1.  Siempre
2.  Casi siempre
3.  Algunas veces
4.  Sólo alguna vez
5.  Nunca

**Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

1.  Totalmente cierta
2.  Bastante cierta
3.  No lo sé
4.  Bastante falsa
5.  Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

1.  Totalmente cierta
2.  Bastante cierta
3.  No lo sé
4.  Bastante falsa
5.  Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

1.  Totalmente cierta
2.  Bastante cierta
3.  No lo sé
4.  Bastante falsa
5.  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

1.  Totalmente cierta
2.  Bastante cierta
3.  No lo sé
4.  Bastante falsa
5.  Totalmente falsa

**Valoración de la prueba:**

**INSTRUCCIONES:** Para cada respuesta del ítem (valor precodificado) se asignará un puntaje final de acuerdo con las tablas que se muestran a continuación (Recodificación), después se procederá a sumar los puntajes finales para cada dimensión (puntuación cruda de la escala) y finalmente se adaptarán los resultados mediante fórmula matemática para que puedan ser interpretados dentro de una escala que va del 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida).

---

Dimensión 1: Función Física

(Ítems: 3,4,5,6,7,8,9,10,11 y 12)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	1	1
<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	2	2
<input type="checkbox"/> No, no me limita nada	3	3

---

Dimensión 2: Rol Físico

(Ítems: 13,14,15 y 16)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
<input type="checkbox"/> Sí	1	1
<input type="checkbox"/> No	2	2

### Dimensión 3: Dolor Corporal

#### (Ítem: 21)

Opciones de Respuesta para Ítem 21:	Valor Precodificado	Puntaje Final
( ) No, ninguno	1	6.0
( ) Sí, muy poco	2	5.4
( ) Sí, un poco	3	4.2
( ) Sí, moderado	4	3.1
( ) Si, mucho	5	2.2
( ) Sí, muchísimo	6	1.0

#### (Ítem: 22)

Opciones de Respuesta para Ítem 22:	Sí el valor Precodificado Ítem 22	y	Valor Precodificado Ítem 21	será	Puntaje Final
( ) Nada	1		1		6
( ) Nada	1		2 a 6		5
( ) Un poco	2		1 a 6		4
( ) Regular	3		1 a 6		3
( ) Bastante	4		1 a 6		2
( ) Mucho	5		1 a 6		1

### Dimensión 4: Salud General

#### (Ítem: 1)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
( ) Excelente	1	5
( ) Muy buena	2	4.4
( ) Buena	3	3.4
( ) Regular	4	2.0
( ) Mala	5	1.0

---

**(Ítems: 33 y 34)**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Totalmente cierta	1	1
( ) Bastante cierta	2	2
( ) No lo sé	3	3
( ) Bastante falsa	4	4
( ) Totalmente falsa	5	5

**(Ítems: 35 y 36)**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Totalmente cierta	1	5
( ) Bastante cierta	2	4
( ) No lo sé	3	3
( ) Bastante falsa	4	2
( ) Totalmente falsa	5	1

---

**Dimensión 5: Vitalidad**

**(Ítems: 23 y 27)**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Siempre	1	6
( ) Casi siempre	2	5
( ) Muchas veces	3	4
( ) Algunas veces	4	3
( ) Sólo alguna vez	5	2
( ) Nunca	6	1

---

**(Ítems: 29 y 31)**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Siempre	1	1
( ) Casi siempre	2	2
( ) Muchas veces	3	3
( ) Algunas veces	4	4
( ) Sólo alguna vez	5	5
( ) Nunca	6	6

**Dimensión 6: Función Social**

**Ítem: 20**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Nada	1	5
( ) Un poco	2	4
( ) Regular	3	3
( ) Bastante	4	2
( ) Mucho	5	1

**Ítem: 32**

<b>Opciones de Respuesta:</b>	<b>Valor Precodificado</b>	<b>Puntaje Final</b>
( ) Siempre	1	1
( ) Casi siempre	2	2
( ) Algunas veces	3	3
( ) Sólo alguna vez	4	4
( ) Nunca	5	5

---

Dimensión 7: Rol Emocional

(Ítems: 17,18 y 19)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
<input type="checkbox"/> Sí	1	1
<input type="checkbox"/> No	2	2

---

Dimensión 8: Salud Mental

(Ítems: 24, 25, y 28)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
<input type="checkbox"/> Siempre	1	1
<input type="checkbox"/> Casi siempre	2	2
<input type="checkbox"/> Muchas veces	3	3
<input type="checkbox"/> Algunas veces	4	4
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	5	5
<input type="checkbox"/> Nunca	6	6

(Ítems: 26 y 30)

Opciones de Respuesta:	Valor Precodificado	Puntaje Final
<input type="checkbox"/> Siempre	1	6
<input type="checkbox"/> Casi siempre	2	5
<input type="checkbox"/> Muchas veces	3	4
<input type="checkbox"/> Algunas veces	4	3
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez	5	2
<input type="checkbox"/> Nunca	6	1

---

### **Transformación de las Puntaciones Crudas de cada escala:**

Al finalizar la sumatoria aritmética de cada uno de los puntajes finales para cada dimensión (Puntación Cruda) se procederá a transformar cada puntaje crudo a la escala nominal que va del 0 al 100 para su posterior interpretación, para ello se hará uso de la tabla y fórmula que se presentan a continuación:

#### **FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS**

<b>Escala</b>	<b>Puntación cruda (PC) Después de recodificar los ítems</b>	<b>Puntación cruda mínima posible (PCMi)</b>	<b>Puntuación cruda máxima posible</b>	<b>Máximo recorrido posible de la puntuación cruda (MRP)</b>
<b>Función Física</b>	Sumatoria Ítems: 3+4+5+6+7+8+9 +10+11+12	10	30	20
<b>Rol Físico</b>	Sumatoria ítems: 13+14+15+16	4	8	4
<b>Dolor Corporal</b>	Sumatoria ítems: 21+22	2	12	10
<b>Salud General</b>	Sumatoria ítems: 1+33+34+35+36	5	25	20
<b>Vitalidad</b>	Sumatoria ítems: 23+27+29+31	4	24	20
<b>Función Social</b>	Sumatoria ítems: 20+32	2	10	8
<b>Rol Emocional</b>	Sumatoria ítems: 17+18+19	3	6	3
<b>Salud Mental</b>	Sumatoria ítems: 24+25+26+28+30	5	30	25

Utilizando la puntuación cruda de cada escala (PC), la puntuación cruda mínima posible (PCMi) y el máximo recorrido posible (MRP) para cada escala procederemos a la transformación de cada puntaje crudo a la escala transformada mediante el uso de la siguiente fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{PC} - \text{PCMi})}{\text{MRP}} \right] * 100$$

**Ejemplo:** Una puntuación cruda (PC) de 21 para la escala Función Física se transformaría de la siguiente forma:

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(21 - 10)}{20} \right] * 100 = 55$$

***Interpretación de la Escala Transformada:***

Cada una de las 8 dimensiones se interpretará de acuerdo con el resultado obtenido de la formula anteriormente descrita donde un valor de 0 indica la peor calidad de vida y uno de 100 la mejor calidad de vida posible, finalmente mediante el promedio aritmético de las ocho escalas obtendremos el Índice Global de la Calidad de vida relacionada a la salud, el puntaje final de cada una de las 8 dimensiones y el puntaje global promedio se clasificará de acuerdo con el resultado: 0 a 19 = muy baja, 20 a 39 = moderadamente baja, 40 a 59 = promedio, 60 a 79 = moderadamente alta y 80 a 100 = alta.

## **Anexo D. Consentimiento informado/Asentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

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

**Título del proyecto:** Apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis en dos centros de primer nivel de atención de Lima Norte.

**Nombre y apellidos de los investigadores principales:**

- Delzo Mellado Abygail Consuelo del Rosario
- Ramos Moran Eliana Elizabeth

**Propósito del estudio:** Determinar la relación del apoyo social y calidad de vida en pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en dos centros de salud de primer nivel de atención de Lima Norte.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede consultar directamente con los responsables del estudio. Si quiere saber acerca de los resultados del estudio puede contactarse con: [abydelzom@uch.pe](mailto:abydelzom@uch.pe)

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gomez, presidente del Comité de Ética de la

Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite\_etica@uch.edu.pe.

**Participación voluntaria:**

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

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N.º de DNI:	
N.º de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	
Delzo Mellado Abygail Consuelo del Rosario Ramos Moran Eliana Elizabeth	
N.º de DNI	 
70012788 46693872	
N.º teléfono móvil	
987984501 988685907	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Delzo Mellado Abygail Consuelo del Rosario Ramos Moran Eliana Elizabeth	 
N.º de DNI	
70012788 46693872	
N.º teléfono	
987984501 988685907	

Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante

## Anexo E. Acta de comité de ética

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ACTA CEI N.º 112

06 de septiembre de 2023

### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 06 del mes de septiembre del año dos mil veintitres, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA NORTE** con Código-114-23, presentado por el(los) autor(es): DELZO MELLADO ABYGAIL CONSUELO DEL ROSARIO Y RAMOS MORAN ELIANA ELIZABETH.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

**APROBAR**, el proyecto titulado **APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA NORTE** Código-114-23

  
M.C. Berenice Beatriz Millones Gómez  
Presidente  
del Comité de Ética en Investigación

## Anexo F. Evidencias de trabajo de campo



