

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA



**IMPACTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, CON
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, EN EL SERVICIO
DE MEDICINA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE CAJAMARCA, DURANTE LOS AÑOS 2015- 2016.**

TESIS

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

LOZADA MEGO LILIANA

ASESOR:

M.C. ALFARO BAZÁN ARMANDO

CAJAMARCA-PERÚ

2017

ASESOR:

ARMANDO ALFARO BAZÁN

Docente de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de

Cajamarca

Médico Infectólogo del Departamento de Medicina del Hospital Regional Docente de

Cajamarca

DEDICATORIA:

A mis padres que aunque no los tengo cerca, con su amor y su apoyo incondicional
lograron que cumpliera mi meta y dar un paso más adelante.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por darme la oportunidad de poder realizar una de mis metas.

A mi padre que aunque ya no esté aquí, desde el cielo me cuidó y protegió siempre.

A mi madre a la que le debo todo lo que soy

INDICE

INDICE	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. PLAN DE INVESTIGACIÓN	7
1. EL PROBLEMA CIENTIFICO Y LOS OBJETIVOS	7
1.1 DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	7
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	9
1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	11
2. MARCO TEORICO	12
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	12
2.2 BASES TEORICAS.....	16
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	40
3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	41
3.1 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	41
3.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	41
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	42
4. METODOLOGIA	43
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	43
4.1 TIPO DE DISEÑO	44
4.1 TECNICAS DE MUESTREO	44
4.2 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION	45
4.2.1 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	45
4.2.2 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS	46
5. RESULTADOS.....	46
6. DISCUSION	68
7. CONCLUSIONES	74
8. RECOMENDACIONES	75
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
10. ANEXOS.....	82

RESUMEN

Objetivo:

Determinar cuál fue la percepción de la calidad de vida (impacto) de los pacientes con tuberculosis pulmonar antes y al final del tratamiento, en mayores de 15 años, en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Materiales y Métodos:

El estudio fue realizado en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, los datos fueron recogidos en una ficha de recolección auto-elaborada en el servicio de Medicina, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida relacionada a la salud.

Resultados:

Se evaluaron 37 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, de los cuales el 54% fueron de sexo masculino, y el 46% de sexo femenino. La edad en la que se presentó la mayor cantidad de casos fue en mayores de 61 años, en un 30 %; seguido de 31 a 45 años en un 27%. un 68% está desempleado y solo un 27% tiene trabajo.

En la calidad de vida relacionada a la salud, con las ocho dimensiones que la conforman obtuvimos que en general la calidad de vida percibida por los pacientes es de regular a buena, es decir favorable; la dimensión peor calificada es el dolor corporal, con una media de 62.8 y la función física con una media de 70.1; las mejor calificadas son la salud mental con una media de 88.2 y el rol físico con un 85.1; las demás dimensiones con una evaluación moderada, la vitalidad con 82,4; el rol emocional con 82.0; la salud general con 80.2 y la función social con 72.0. El coeficiente de correlación de Pearson relacionó el rol físico con el rol emocional con un 0.827; y una comunalidad del 68%, cuyo primer grupo involucra el rol físico y el rol emocional con el 28% del total, el segundo grupo

conformado por la función física, el dolor corporal y la vitalidad con un 22% y el tercer grupo con un 18%.

Conclusiones:

La tuberculosis pulmonar tiene una repercusión importante en la vida de los pacientes, ya que agrava la calidad de vida que llevan estos pacientes. Las dimensiones del SF-36 en su gran mayoría superan promedios de valoración mayores a 70, por lo que se puede concluir que la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de estos pacientes en general es de regular a buena. La dimensión que tuvo mayor carga poblacional fue el dolor físico, y la mejor calificada fue salud mental y rol físico. La calidad de vida de los pacientes se relaciona con factores como grado de instrucción, sexo, edad, ocupación y estado civil, a menor grado de instrucción peor calidad de vida, altos índices de desempleo a causa de la enfermedad, a mayor edad mayor incidencia de enfermedad.

Palabras clave:

Calidad de vida relacionada a la salud, Tuberculosis pulmonar, Cuestionario SF-36.

ABSTRACT

Objective:

To determine the perception of the quality of life (impact) of patients with pulmonary tuberculosis before and at the end of treatment, in patients over 15 years of age, in the medical service at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca.

Materials and Methods:

The study was carried out at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. It is an observational, descriptive and cross-sectional study, the data were collected in a self-elaborated data sheet in the medical service, the instrument that was used was the SF-36 questionnaire to assess the quality of life related to health.

Results:

We evaluated 37 patients with a diagnosis of pulmonary tuberculosis, of which 54% were male and 46% female. The age at which the greatest number of cases was presented was in those over 61 years old, at 30%; Followed by 31 to 45 years in 27%. 68% are unemployed and only 27% have jobs.

In the health-related quality of life, with the eight dimensions that make it up, we obtained that in general the quality of life perceived by the patients is from regular to good, that is favorable; The worst-rated dimension is body pain, with an average of 62.8 and physical function with an average of 70.1; The best rated are mental health with an average of 88.2 and the physical role with an 85.1; The other dimensions with a moderate evaluation, vitality with 82.4; The emotional role with 82.0; General health with 80.2 and social function with 72.0. Pearson's correlation coefficient related the physical role to the emotional role with a 0.827; And a community of 68%, whose first group involves the

physical role and emotional role with 28% of the total, the second group consisting of physical function, body pain and vitality with 22% and the third group with a 18%.

Conclusions:

Pulmonary tuberculosis has an important repercussion in the life of the patients, since it aggravates the quality of life that these patients carry. The dimensions of the SF-36 mostly exceed mean values above 70, so it can be concluded that the perception of the quality of life related to the health of these patients in general is from good to regular. The dimension that had the greatest population burden was physical pain, and the best qualified was mental health and physical role. The quality of life of patients is related to factors such as education level, sex, age, occupation and marital status, lower education level, poorer quality of life, higher unemployment rates due to illness, Of disease.

Key words:

Health-related quality of life, Pulmonary tuberculosis, SF-36 questionnaire.

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, puede ser considerada como una de las enfermedades más antiguas de la humanidad y también una de las más prevalentes (1).

Se estima que alrededor de dos billones de personas (un tercio de la población mundial) están infectadas por el bacilo tuberculoso. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la prevalencia de la enfermedad activa era de 14,4 millones, con una incidencia de nuevos casos de 9,2 millones. La pobreza, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la multirresistencia activan la perpetuación de la epidemia tuberculosa (2).

El Informe Regional 2011 de la Organización Panamericana de la Salud para la tuberculosis en las Américas resalta su presencia desde la niñez y el incremento de casos a partir de la segunda década de la vida, lo que la convierte en una enfermedad con una importante carga social (2,3).

Se asume que esta enfermedad altera la calidad de vida de los pacientes que la padecen y en consecuencia afecta también el trabajo y sus relaciones sociales; es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, afectando tanto países desarrollados como subdesarrollados.

Cuando se habla de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar, encontramos que en su gran mayoría los estudios se centran en resultados de morbilidad y mortalidad, así como en sus marcadores biológicos y tratamiento, dejando de lado la perspectiva del paciente y la forma en que se afecta la calidad de vida y su actividad laboral, siendo percepciones más importantes para ellos.

La calidad de vida de los pacientes pueden ser medida utilizando diferentes instrumentos, uno de los más utilizados es el SF-36 (The Short Form-36 Health Survey) es un instrumento genérico de la calidad de vida relacionada a la salud, que si bien no es específica para tuberculosis pero nos ayuda en la valoración de estos pacientes, ofreciéndonos múltiples parámetros como funcionamiento físico, social y mental, actividades instrumentales de la vida diaria, o atributos, como el dolor o la ansiedad (4)

Actualmente hay un interés creciente en conocer la perspectiva de estos pacientes en cuanto a su salud, bienestar y cuidados médicos, así como la forma que perciben su salud, el impacto físico y emocional que les provoca dicha enfermedad, considerando que cada una de estas dimensiones es percibida de manera diferente por cada una de las personas , la investigación realizada busca conocer la percepción de calidad de vida de los pacientes y nosotros como personal de salud poder ayudar a mejorar dicho estado de salud, tanto en el ámbito físico, emocional y social.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y SUS OBJETIVOS:

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, que habitualmente se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano (1).

Representa actualmente uno de los principales problemas de salud y son una de las causas más frecuentes de muerte y discapacidad transitoria o permanente en las diferentes

regiones del mundo, no solo en los países subdesarrollados sino también en países desarrollados.

Se estima que alrededor de dos billones de personas (un tercio de la población mundial) están infectadas por el bacilo tuberculoso. La incidencia global de la tuberculosis ha alcanzado su pico máximo alrededor del año 2003 y posteriormente está declinando lentamente. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la prevalencia de la enfermedad activa era de 14,4 millones, con una incidencia de nuevos casos de 9,2 millones. La pobreza, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la multirresistencia activan la perpetuación de la epidemia tuberculosa. Globalmente el 95 % de los casos de tuberculosis ocurre en los países en vías de desarrollo. El Informe Regional 2011 de la Organización Panamericana de la Salud para la tuberculosis en las Américas resalta su presencia desde la niñez y el incremento de casos a partir de la segunda década de la vida, lo que la convierte en una enfermedad con una importante carga social (2,3).

Esta enfermedad altera las condiciones de vida y la satisfacción con la vida, de las personas que la padecen no solo en el aspecto físico sino en la esfera psicosocial, influyendo negativamente en su salud, su trabajo y sus relaciones sociales; reflejados todo ello en el malestar general; afecta mayormente a la población económicamente activa ocasionando muertes prematuras a nivel mundial (4).

Las personas afectadas con esta patología tienen una perspectiva de su salud, su bienestar y los cuidados médicos, así como de su calidad de vida, impacto físico y emocional que varía de uno a otro. La SF-36 (The Short Form-36 Health Survey) es un instrumento genérico de la calidad de vida relacionada a la salud, que si bien no es específica para tuberculosis pero nos ayuda en la valoración de estos pacientes, ofreciéndonos múltiples parámetros

como funcionamiento físico, social y mental, actividades instrumentales de la vida diaria, o atributos, como el dolor o la ansiedad (5).

El estudio que se realizó es de tipo observacional, descriptivo y transversal; en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los años del 2015 y 2016, valorando la calidad de vida de los pacientes mediante la encuesta SF-36.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál fue la percepción de calidad de vida en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, antes y al final del tratamiento, en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los años 2015-2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Muchos de los estudios realizados en pacientes con tuberculosis abordan o se centran en morbimortalidad, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la misma, dejando de lado la percepción que tiene el paciente de su enfermedad y cómo ésta repercute en sus actividades cotidianas.

En nuestra Región Cajamarca no disponemos de estudios de investigación de las principales características clínicas y diagnósticas de la tuberculosis y más aún del impacto que tiene esta enfermedad en la vida del paciente, en la cual apoyarnos para desarrollar programas y estrategias enfocadas a mejorar la calidad de vida y la supervivencia.

Este trabajo de investigación es de suma importancia para los profesionales de salud y en especial para nosotros como médicos, porque nos ayudará a valorar el impacto que tiene la

tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes tanto en el aspecto físico como en la esfera psicoemocional, abarcando aspectos no solo relacionados con la salud, sino también con el ámbito familiar, ocupacional y social, ya que estos pacientes tienen una serie de problemas como estigmatización, discriminación, y menos condiciones de trabajo.

Los datos obtenidos de nuestra realidad, sustentará nuestras bases para desarrollar estrategias de apoyo dando la debida importancia a la salud psicoemocional, informar, educar y concientizar a nuestros pacientes sobre la evolución natural de la tuberculosis y todo lo que implica adherirse al tratamiento para mejorar su pronóstico, impulsando su participación activa y estandarizando actividades, intervenciones y procedimientos técnico-científicos y administrativos que garanticen la atención integral del paciente y contribuyan a controlar la tuberculosis en nuestro país.

Entenderemos con esta investigación que el manejo de la tuberculosis es un manejo integral, multidisciplinario, en donde está involucrado no solo los médicos tratantes o las enfermeras, sino también nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, personal técnico, grupos de autoayuda, involucrando también al medio social incluyendo familia y amigos, con los cuales los pacientes se interrelacionan.

De igual manera los resultados de este trabajo servirá de antecedente para el desarrollo de otras investigaciones, pues la tuberculosis es un problema frecuente, con un costo considerable para el sistema de salud, a parte de la gran repercusión que tiene en las personas que lo padecen, por ende proveerá un beneficio mutuo tanto para el sistema de salud como para la población en general.

1.4. OBJETIVOS.

- **OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Determinar cuál fue la percepción de la calidad de vida (impacto) de los pacientes con tuberculosis pulmonar antes y al final del tratamiento, en mayores de 15 años, en el servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar si la población afectada de tuberculosis pulmonar tiene una calidad de vida objetiva y subjetiva de su realidad.
- Determinar si los factores como grado de instrucción, sexo, edad, ocupación y estado civil, se relacionan con una mejor o peor calidad de vida.
- Conocer la percepción que tienen los pacientes de su enfermedad.
- Identificar qué área del instrumento empleado tiene mayor carga poblacional y cual menor carga poblacional.
- Conocer las relaciones específicas entre las dimensiones de la calidad de vida.
- Generar conocimientos para entender como la enfermedad influye en el estado de salud de los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

- En un estudio realizado en México, por el Instituto de Investigación en Salud Ocupacional de la Universidad de Guadalajara, con un total de pacientes de 24: 13 hombres y 11 mujeres, con un rango de edad de 18 a 85 años, donde el 79.2 % fueron menores de 50 años, todos ellos en edad productiva, con una distribución por género de 54 % para los varones y 46 % para las mujeres; se evaluó las dimensiones del SF-36 siendo la percepción de la calidad de vida de pacientes con tuberculosis la siguiente: función física: 63.8; rol físico: 40.6; rol emocional: 68.1; dolor corporal: 56.8; vitalidad: 54.6; salud mental: 70.3; función social: 68.3 y salud general: 51.5; concluyendo que ninguna de las dimensiones del SF-36 tuvo un promedio de valoración mayor a 70, por lo que se concluye que la percepción de la calidad de vida y repercusión social en general para esta población es de "regular" a "baja", siendo las más afectadas por la enfermedad rol físico, la percepción de la salud general, vitalidad y dolor corporal. (6)
- Un estudio de casos y controles, prospectivo, realizado en México en el 2011, incluyó a 72 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar recurrente confirmada bacteriológicamente y a 201 controles sanos que acudieron a un hospital de tercer nivel; utilizó el cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud SF-12 (versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36) para evaluar la calidad de vida de los pacientes al inicio del tratamiento acortado estrictamente supervisado. Los pacientes con tuberculosis tuvieron puntajes significativamente

menores que los controles para la calidad de vida global ($51.1 \pm DE 22.6$) versus $75.9 (\pm DE 17.6)$, $p < 0.0001$. Los dominios más afectados fueron el físico y el psicológico. Estos resultados muestran que los pacientes con tuberculosis activa tienen dificultades en la realización de las actividades diarias y alteraciones en el estado psicológico (7).

- En un estudio realizado por Belén Sanz y Teresa Blasco, publicado en Madrid en el 2008, tuvo como resultados que un alto porcentaje tiene conocimientos correctos sobre la enfermedad (77,3%), la transmisión (94,7%) y los tratamientos (77,3%). La localización extrapulmonar se asoció con un nivel de conocimiento inferior de aspectos generales de la tuberculosis (OR $\frac{1}{4}$ 0,21; IC del 95%, 0,05–0,85) y de la transmisión (OR $\frac{1}{4}$ 0,05; IC del 95%, 0–0,66). Un alto porcentaje de población identifica vías erróneas de transmisión como la sangre (42,3%), los fluidos sexuales (50%) o los utensilios utilizados para comer (81,3%). Ellas concluyeron que tras el alta hospitalaria, un alto porcentaje tiene conocimientos correctos sobre la enfermedad, si bien hay una alta prevalencia de creencias erróneas sobre la transmisión. Estas creencias deben ser tenidas en cuenta en la información que se da a los pacientes, ya que pueden estar incrementando la estigmatización y la vulnerabilidad del paciente (8).
- En un metaanálisis publicado en el 2009, en y en el que se evaluaron 12 estudios originales que utilizaron el formato acortado del cuestionario SF-36, se observó que la calidad de vida se incrementa al final del tratamiento antituberculoso pero que siempre es menor a la observada en los sujetos con prueba de tuberculina positiva, controles sanos o población general. En esta revisión, no se identificó ningún

instrumento específico para evaluar calidad de vida en pacientes con tuberculosis (9).

- En un estudio realizado por Nadia Hansel, en el 2004, para revisar las perspectivas de los pacientes con tuberculosis, se encontró que la enfermedad afectaba todas las dimensiones de la calidad de vida y repercusión social, incluyendo la percepción de salud general, la sensación somática, la salud psicológica, bienestar espiritual, el funcionamiento físico y el rol social. Como variables relacionadas con esta afectación tan amplia se encontraron la estigmatización social, el aislamiento, la cantidad de pastillas que el paciente debe ingerir diariamente, la larga duración de la terapia, la disfunción sexual, la pérdida o disminución de los ingresos familiares y el miedo (10).
- El estudio de calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social en pacientes con tuberculosis realizado en Colombia por Vinacia y colaboradores en 2007 encontró, usando también el SF 36, que la dimensión de rol físico presentó la más baja valoración de todas las dimensiones que conforman el cuestionario, lo cual indica que hubo cierto grado de interferencia de la enfermedad para realizar actividades relacionadas con el rol diario como trabajar, buscar actividades de recreación; asimismo, encontró afectación de la dimensión de salud general (11).
- En la revisión de Chang et al. En el 2004, se detectó que en ningún estudio había reportes de cómo la enfermedad afectaba la función física. En cuanto al rol emocional, se reportó un solo estudio en el que 72,2 % de los pacientes estaban preocupados, frustrados o decepcionados por el diagnóstico, y 27,8 % no aceptaron

inicialmente el diagnóstico, lo cual se consideró un factor de riesgo para retraso o abandono de tratamiento. El estudio concluye que la calidad de vida y repercusión social es evidentemente afectada por la tuberculosis, pero no se revisa de manera específica esta relación. La función física es la dimensión más afectada, sobre todo por el número de medicamentos que los pacientes con tuberculosis tienen que consumir y los efectos secundarios que estos provocan. La función psicológica también se ve afectada, pero en menor proporción. En cuanto al trabajo, la tuberculosis afecta la capacidad de trabajar tanto durante la enfermedad como después del tratamiento, y la presencia de la persona enferma altera la dinámica familiar (12).

- En la ciudad de Lima se realizó un estudio en el 2009 sobre el enfoque sociopolítico de la tuberculosis en nuestro país, concluyendo que a pesar de los esfuerzos para su prevención y control, en la actualidad nuestro país presenta una de las tasas de morbilidad más altas en América Latina. Por ello, se plantea un enfoque sociopolítico innovador e integral basado en los determinantes sociales de la salud entre los que destacan la pobreza, las malas condiciones de trabajo y vida, la inequidad y la injusticia social. Este contexto requiere de profesionales de la salud preparados para sostener estos planteamientos, y accionar en la esfera política con un enfoque sistémico, integrador, complementario e innovador; desde esta perspectiva, este abordaje constituye una gran oportunidad para mejorar las condiciones de vida de los afectados (familias y comunidades), porque busca eliminar la discriminación y las inequidades. De la misma manera sirve para desarrollar un efectivo ejercicio de los derechos ciudadanos a la salud, a la humanización de la atención (13).

- En un estudio realizado en México se analiza distintas publicaciones sobre calidad de vida relacionadas con la salud individual y poblacional, y la utilidad de ésta como indicador para evaluar los servicios de salud. Se obtuvieron 42 estudios (2002-2008), 21 (50 %) relacionados con la definición de aspectos conceptuales metodológicos o la descripción misma de instrumentos de evaluación; 13 (31 %) asociados con trabajos de investigación en salud utilizando cuestionarios genéricos, y ocho (19 %) relacionados con proyectos que emplearon formularios específicos. Dado que las poblaciones que cursan una enfermedad viven un deterioro adicional en los dominios psicológicos y sociales, son necesarios equipos multidisciplinarios con un enfoque de atención integral a la salud, donde el aspecto educativo y la capacitación con enfoque de prevención primaria y secundaria adquiere un papel preponderante (14).

2.2. BASES TEÓRICAS

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa bacteriana causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, que habitualmente se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano (1).

Se estima que alrededor de dos billones de personas (un tercio de la población mundial) están infectadas por el bacilo tuberculoso. La incidencia global de la tuberculosis ha alcanzado su pico máximo alrededor del año 2003 y posteriormente está declinando lentamente. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la prevalencia de la enfermedad activa era de 14,4 millones, con una incidencia de nuevos

casos de 9,2 millones. Esto significa que la tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. La pobreza, la infección por el VIH y la multirresistencia activan la perpetuación de la epidemia tuberculosa. Globalmente el 95 % de los casos de tuberculosis ocurre en los países en vías de desarrollo. El Informe Regional 2011 de la Organización Panamericana de la Salud para la tuberculosis en las Américas resalta su presencia desde la niñez y el incremento de casos a partir de la segunda década de la vida, lo que la convierte en una enfermedad con una importante carga social. (2)

AGENTE ETIOLÓGICO

El *Mycobacterium tuberculosis* es el agente causal de la tuberculosis es un bacilo perteneciente al género *Mycobacterium* que forma el complejo *M. tuberculosis* junto con *M. africanum*, *M. microti*, *M. bovis* y *M. canettii*. Las micobacterias son bacilos pequeños, aerobios y no formadores de esporas. El *Mycobacterium tuberculosis* es un germen con una lenta capacidad de división, que ocasiona una clínica poco específica y de instauración progresiva de la enfermedad. En determinadas situaciones, cuando las condiciones ambientales son adversas (pH bajo y/o baja tensión de oxígeno) pasa a un estado latente. Este hecho explica la perpetuación de la endemia (15).

M. tuberculosis ha llegado a adaptarse de tal modo al cuerpo humano que no tiene reservorios naturales en la naturaleza aparte de las personas infectadas/enfermas. Aunque el reservorio fundamental de *M. tuberculosis* es el hombre, en otras especies como *M. bovis* es el ganado bovino (1).

Las paredes celulares de las micobacterias contienen unas elevadas concentraciones de lípidos o ceras, lo que las hace resistentes a las técnicas de tinción estándar. Se las puede inducir a que capturen un colorante como el carbal fucsina al imponer alcalinidad o al calentar. Después de la absorción del colorante, son resistentes al potente agente

decolorante ácido-alcohol, rasgo en el que se basa la referencia a ellos como bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (3).

M. tuberculosis se replica en la mayoría de los medios en un tiempo aproximadamente de 18 a 24 horas: unas colonias fácilmente discernibles no aparecen típicamente en los medios sólidos durante 2,5 a 5 semanas, de modo que ha habido un gran interés en las técnicas novedosas rápidas para indicar la presencia, especie y susceptibilidad farmacológica de las micobacterias (3).

VÍAS DE TRANSMISIÓN Y MECANISMOS PATOGENICOS

La transmisión se efectúa por vía aérea por medio de gotitas aerosolizadas de 1-5 micras que son exhaladas por el enfermo al toser, hablar o estornudar. Cada gotita lleva una carga bacilar de entre 1 y 5 bacilos que alcanzan el alveolo. No es posible infectarse a través de un beso, una relación sexual o compartiendo utensilios de comida o ropa. La tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo (15).

El contagio se presenta mientras el enfermo elimina bacilos, al iniciar el tratamiento rápidamente se suprime la población bacteriana por lo tanto desaparece el riesgo. El aislamiento del paciente no tiene justificación, por cuanto una vez iniciado el tratamiento, la población en riesgo que puede contagiarse disminuye progresivamente. Sin embargo, se deben tomar todas las medidas de protección para evitar el contagio de las personas que interactúan con el enfermo (15, 16).

Cada enfermo bacilífero, sin tratamiento, puede infectar entre 10 a 15 personas por año. La forma de contagio de la tuberculosis es de persona a persona y donde hay tuberculosis bovina del ganado al hombre, en este caso en contagio es por la vía digestiva. El periodo de incubación varía entre 2 a 12 semanas. Ocurrida la infección, alrededor del 10%

desarrollará la enfermedad en alguna época de la vida. Si el infectado de Tuberculosis adquiere el VIH, el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa es del 50%. En el 70 % de los casos de tuberculosis, la localización más habitual es la pulmonar (15).

MECANISMOS PATOGENICOS

La historia natural y los diferentes síndromes clínicos de la tuberculosis se encuentran íntimamente relacionados con las defensas del hospedador. Los bacilos tuberculosos no elaboran toxinas clásicas; más bien, la inflamación y la lesión tisular que caracterizan la enfermedad se hallan mediadas por productos elaborados por el hospedador durante la respuesta inmunitaria a la infección (15).

Al inicio de la infección, el bacilo tuberculoso es captado por las células fagocíticas del cuerpo. Cuando un macrófago alveolar inmunológicamente virgen sumerge un bacilo tuberculoso, proporciona inicialmente un ambiente, nutritivo en el interior de su fagosoma en el que sobreviven y se replican los bacilos. En efecto, parte de la estrategia patógena del bacilo tuberculoso es la capacidad para prevenir la fusión de los fagosomas con los lisosomas. Sin embargo, las células fagocíticas infectadas liberan sustancias que atraen a una variedad de células inmunitarias efectoras, como las células dendríticas derivadas de los monocitos de la sangre periférica y los linfocitos T. Las células dendríticas, que son las principales células presentadoras de antígenos, participan tanto en el proceso inflamatorio local como, después de la migración a los ganglios linfáticos regionales, en la iniciación del proceso inmunitario más completo (3, 16).

A medida que estas defensas ganan impulso, se produce la involución de los numerosos focos granulomatosos diseminados en los pulmones, ganglios linfáticos y localizaciones dispersas. Típicamente, todo lo que permanece abiertamente para marcar este encuentro es la reactividad de la prueba cutánea de la tuberculina. En una minoría de casos aparece en el

parénquima pulmonar un único pequeño sitio residual (foco de Gohn); en ocasiones, este foco se acompaña de calcificación de los ganglios hiliares ipsolaterales. En algunos pacientes se desarrolla también un ensombrecimiento fibronodular en uno o en ambos vértices pulmonares (es decir, focos de Simon), presumiblemente como residuos de enfermedad subclínica en estas localizaciones. Se conoce este estado de inactividad, asintomático y no infeccioso como infección tuberculosa latente (3, 15).

FACTORES DE RIESGO

La susceptibilidad es universal, para todas las edades y sexos. Sin embargo, las edades extremas de la vida son más vulnerables (niños menores de 5 años o adultos de más de 65), la desnutrición, el hacinamiento, las malas condiciones higiénicas, la infección por el VIH, neoplasias sólidas, enfermedad pulmonar (silicosis, fibrosis), uso de inmunosupresores, receptores de trasplantes, hemodiálisis, diabetes mellitus, bajo peso corporal, cirugía abdominal (gastrectomía y shunt yeyuno-ileal), la diabetes, el estrés, el alcoholismo, la drogadicción, la indigencia, entre otros (15).

FORMAS DE TUBERCULOSIS

- **Tuberculosis primaria**

Afecta a individuos nunca expuestos al bacilo tuberculoso. Suele pasar inadvertida (detectada por la positividad de la tuberculina), pero en una proporción variable de enfermos (que va a depender, fundamentalmente, de la carga bacilífera y del estado inmunitario) cursa con las manifestaciones como: Complejo primario que es un infiltrado parenquimatoso asociado a adenopatías hiliares, adenopatía hilar o paratraqueal en el 50 % de los casos es derecha, infiltrado parenquimatoso de localización anterior no cavitado

de 1-3 meses desde la infección tuberculosa, derrame pleural de predominio linfocítico, patrón radiológico miliar, entre los principales (15, 18) .

- **Tuberculosis Secundaria**

Es debida a la reactivación endógena de lesiones primarias antiguas (hasta el 90 % en inmunocompetentes) que de manera característica suelen encontrarse en segmentos apicales y posteriores de lóbulos superiores pulmonares o apicales de los inferiores.

Cualquier patrón radiológico es posible, aunque los más frecuentes son (15):

1. Infiltrado apical exudativo: difícil de reconocer (forma contagiosa).
2. Cavitación: única o múltiple en el seno de dichas lesiones exudativas (la más bacilífera, generalmente).
3. Derrame pleural: en ocasiones empiema.
4. Tuberculoma.
5. Patrón miliar

Clínicamente simula la primoinfección, y el síntoma predominante es la tos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas clásicos incluyen tos, fiebre y sudación. La tos es casi universal; típicamente, al inicio es seca pero luego progresa a unos volúmenes crecientes de secreciones purulentas y un aspecto variable de estrías sanguinolentas o hemoptisis franca. Es común la fiebre a medida que avanza la enfermedad, y las temperaturas reales varían de subnormales a elevaciones extremas. La sudoración, incluida la nocturna que empapa el cuerpo del paciente, es típica. Otros síntomas comunes son malestar, fatiga, pérdida de peso, dolor costal no pleurítico y disnea. No debemos olvidar que en un 10-20 % de los casos la enfermedad se presenta de manera asintomática (3, 15).

Los signos pueden ser limitados hasta que la enfermedad se encuentre en estadios avanzados. La fiebre con picos de hasta 40 a 41 °C, que típicamente se producen por la tarde, se desarrolla en pacientes con diversas formas y estadios de tuberculosis (15, 17).

Los estertores localizados son hallazgos tempranos, los roncos gruesos evolucionan a medida que las secreciones se vuelven más voluminosas y tenaces y rara vez se auscultan los signos de consolidación pulmonar. En pacientes con estrechamiento peribronquial o endobronquial de las vías respiratorias pueden auscultarse sibilancias, una disminución de los sonidos respiratorios, o ambos fenómenos. No obstante, algunos pacientes con anomalías radiológicas bastante extensas pueden tener sonidos mínimos o no adventicios a la auscultación (3, 17).

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA

Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis

➤ Prueba de la tuberculina (PT)

La técnica de Mantoux o prueba de tuberculina consiste en la intradermoreacción generada tras la inyección de 0,1 ml del derivado purificado del antígeno proteico tuberculínico o PPD (purified protein derivate) (15).

Se realiza en la cara anterior del antebrazo, y para asegurar su correcta administración se debe verificar la aparición de un habón en el punto de inoculación. La lectura se realiza pasadas 48-72 horas y debe medirse el diámetro transversal de la induración producida. La prueba se considera positiva cuando la induración es igual o mayor de 5 mm en personas no vacunadas con bacilo de Calmette y Guérin (BCG). En los vacunados, la interpretación

es complicada y existirá dificultad para discernir entre el efecto de la vacuna y la infección tuberculosa. En pacientes inmunodeprimidos se aceptará como positiva cualquier tipo de induración (15).

➤ **Baciloscopía directa:**

La baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, siguiendo el protocolo del INS. Toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas (18).

➤ **Detección de Interferón Gamma en sangre**

La prueba de tuberculina no permite distinguir entre infección y enfermedad, y puede presentar resultados falsos negativos relacionados con defectos de la técnica o lectura, enfermedades y situaciones que provoquen inmunodepresión (Tuberculosis grave). Para superar estos problemas, se han desarrollado nuevas técnicas de laboratorio basadas en la detección del Interferón Gamma en sangre (IGRA, interferón gamma release assay) una citoquina fundamental en el control de la infección tuberculosa, que se libera como respuesta de la estimulación in vitro de células T sensibilizadas con antígenos específicos. Permite discriminar a los individuos infectados por *M. tuberculosis* de los vacunados por BCG y de los infectados por otras micobacterias (15).

➤ **Cultivo de micobacterias:**

Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el Perú son: los cultivos en medios sólidos Lowenstein — Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas

automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility).

Las indicaciones para el cultivo de *M. tuberculosis* son las siguientes (18):

a. Para diagnóstico:

- Muestras de Sintomático Respiratorio (SR) con baciloscopía negativa y radiografía de tórax anormal.
- Muestras paucibacilares
- Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos (pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

b. Para control de tratamiento:

- Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopía positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea.
- Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por tuberculosis resistente a medicamentos: Multidrogoresistente (MDR), Extremadamente Resistente (XDR) y otras resistencias).

c. Para realizar pruebas de sensibilidad indirecta: a partir de muestras pulmonares o extra-pulmonares.

➤ **Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis**

El diagnóstico clínico de la tuberculosis pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales (18).

Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico. Los hallazgos radiológicos en la

tuberculosis pulmonar, pese a ser inespecíficos, reflejan claramente el grado de afectación pulmonar (18).

En la **tuberculosis pulmonar primaria** se puede apreciar (1, 18):

- a) Infiltrados u opacidades parenquimatosas (foco neumónico inicial)
- b) Adenopatías paratraqueales e hiliares (base del diagnóstico en niños)
- c) Atelectasias segmentarias: sobre todo en el lóbulo medio
- d) Derrame pleural que suele ser unilateral
- e) Tuberculosis miliar que corresponde a una diseminación hematógica inicial.

En la **tuberculosis pulmonar de reactivación** encontramos (1):

- a) Condensaciones de tipo bronconeumónico, parcheados sin broncograma aéreo, principalmente de localización en segmentos posteriores de lóbulos superiores
- b) Cavitación, única o múltiple
- c) Derrame pleural secundario a fístula broncopleural
- d) Diseminación miliar
- e) Tuberculomas (nódulos o masas seudotumorales)
- f) Fibrosis

Seguimiento para el diagnóstico

Cuando existe una fuerte sospecha de tuberculosis pulmonar por criterio clínico, radiológico o epidemiológico y la persona tiene sus dos primeras baciloscopías negativas debe aplicarse el criterio de "Seguimiento para el diagnóstico".

El personal de salud debe solicitar dos muestras más de esputo para baciloscopía y cultivo. Hasta obtener los resultados del cultivo, se solicitará dos baciloscopías cada semana,

siempre que el paciente continúe con síntomas respiratorios. Mientras se espera el resultado del cultivo, se debe realizar el diagnóstico diferencial (18).

➤ **Identificación de Micobacterias (18)**

Los métodos aceptados en el país para identificar micobacterias son: métodos de inmunocromatografía y pruebas moleculares.

Las indicaciones para la identificación del complejo M. tuberculosis son:

- Resultado de Prueba de Sensibilidad rápida resistente a isoniacida o rifampicina
- Cultivo de micobacteria de una persona con coinfección TB-VIH

El laboratorio donde se identifiquen cepas que no pertenecen al complejo de M. tuberculosis debe remitir la muestra al INS para su posterior tipificación por pruebas moleculares.

Pruebas rápidas para la detección de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR)

Las pruebas rápidas fenotípicas y moleculares para la detección de TB MDR son:

- a. Prueba MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility)
- b. Prueba Nitrato Reductasa (Griess)
- c. Sistema automatizado en medio líquido MGIT (Mycobacterium Growth Indicator Tube)
- d. Prueba molecular de sondas de ADN

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (18)

❖ Manejo Integral De La Persona Diagnosticada De Tuberculosis

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el establecimiento de salud durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por

enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

A.1 Esquemas de tratamiento para Tuberculosis

La administración de los esquemas de tratamiento antituberculosis es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las pruebas sensibles rápidas a Isoniacida y Rifampicina.

Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a Isoniacida y Rifampicina por pruebas sensibles rápidas.

A.2 Factores de riesgo para tuberculosis resistente a medicamentos

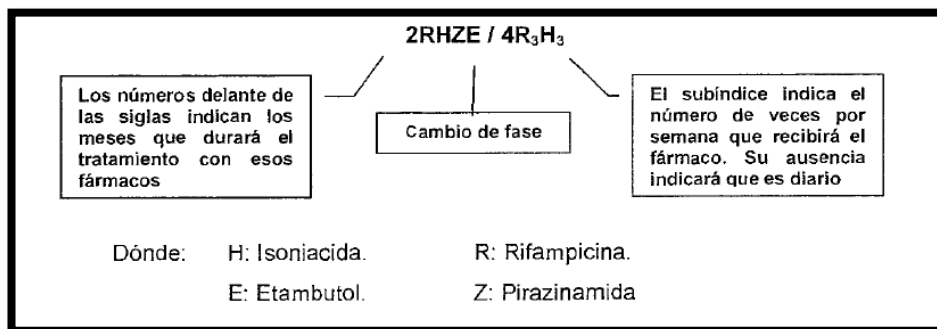
Los principales factores de riesgo para tuberculosis resistente se enumeran a continuación:

- ✓ Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
- ✓ Contacto de caso confirmado de tuberculosis resistente.
- ✓ Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
- ✓ Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
- ✓ Personas privadas de su libertad y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
- ✓ Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de tuberculosis).
- ✓ Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
- ✓ Contacto con persona que falleció por tuberculosis.

- ✓ Comorbilidades: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, otros y coinfección con VIH.
- ✓ Trabajadores y estudiantes de la salud.

A.3 Esquema para TB sensible (18):

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



Indicación para pacientes con Tuberculosis sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con tuberculosis pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con tuberculosis extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños (18) :

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

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

Esquema de dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 años o más

MEDICAMENTOS	PRIMERA FASE (diaria)		SEGUNDA FASE (tres veces por semana)	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacina (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamina (Z)	25 (20-30)	2000mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Fuente: Ministerio de Salud. 2013

- ✓ Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en la tabla anterior.
- ✓ En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses.
- ✓ En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas (20).

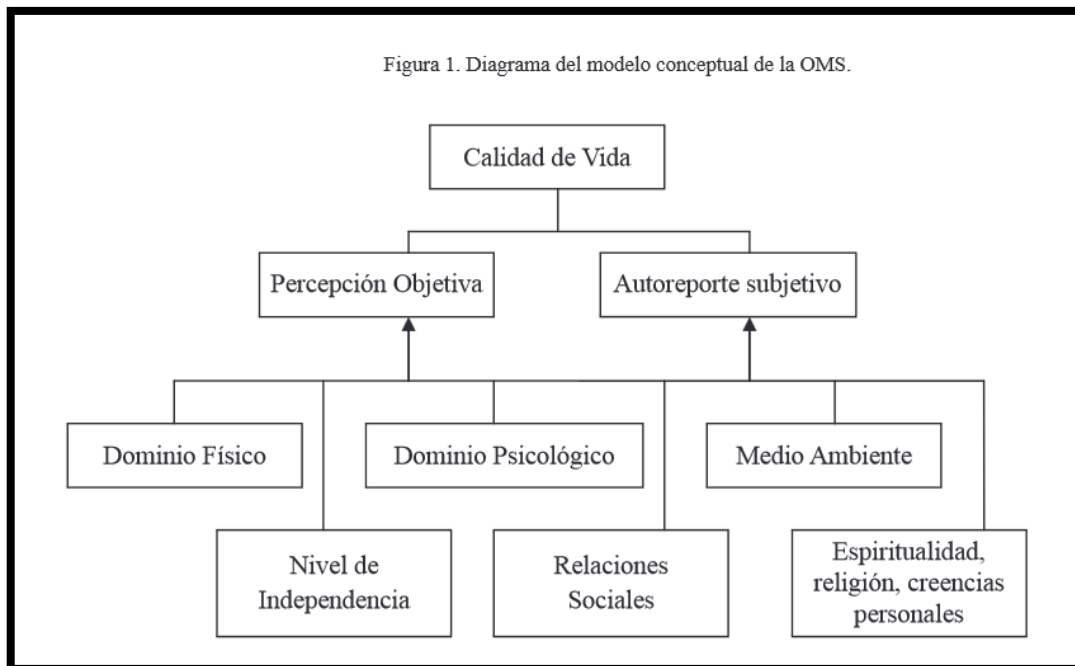
Mejorar la calidad de vida junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado cada vez mayor importancia en la promoción y el cuidado de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos mentales, los enfermos terminales, y los discapacitados (20).

La Organización Mundial de la Salud en 1995 creó un grupo multicultural de expertos Calidad de Vida (Grupo WHOQOL) que estableció una serie de puntos de consenso, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, que han sido ampliamente aceptados por diversos grupos de investigadores, explicitaron algunas de las características del constructo, tales como (20,22):

- a) La calidad de vida es subjetiva. Se distingue la percepción de condiciones objetivas (por Ej. Recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso).
- b) La naturaleza multidimensional de la calidad de vida.
- c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas.

Bajo este marco, la Calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (20,22).

Aun cuando no lo plantean expresamente, el modelo planteado por la Organización Mundial de la Salud, a través del grupo WHOQOL, puede ser diagramado de la siguiente manera (23).



Esta definición conceptual diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los autoreportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone de subdominios (22,23).

Este modelo presentado por la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores. Pese a esto, cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la calidad de vida, el proceso cognitivo de la evaluación (22).

Otra definición de calidad de vida menciona que es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Este tipo de

definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos, sin embargo, pareciera que estos apuntan más una cantidad que Calidad de Vida. (24).

Para otros autores la calidad de vida está dada por las condiciones de vida que pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la CV desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Un punto importante a destacar es el que toma la significación de cada una de las evaluaciones, tanto objetivas como subjetivas, en cada dominio de vida en particular, ya que estas son interpretables sólo en relación con el lugar de importancia que toma en la persona (25).

Otra definición menciona que la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico (23).

En la siguiente tabla se encuentran las definiciones aportadas por diversos autores al referirse a la calidad de vida (22).

Tabla 1. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Tiene un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas (22).

La CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) constituye un concepto o idea abstracta y compleja, que no puede ser medida directamente y que sólo es medible de forma indirecta mediante su transformación en una variable sintética (“constructo”) compuesta por un conjunto de variables intermedias o dimensiones, cada una de las cuales contribuye a cuantificar algún rasgo o aspecto relevante de los que creemos que engloba este concepto abstracto que es la CVRS. Es decir, las dimensiones que medimos constituyen diferentes aspectos de la CVRS, como pueden ser el funcionamiento físico, el funcionamiento social, la percepción de bienestar, etc (26).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas,

sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (27).

Para Schumaker & Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (28).

Para investigar estas dimensiones se diseñan instrumentos de medida que deben reunir una serie de propiedades técnicas que nos garanticen que estamos midiendo aquello que queremos medir y con un error de medición lo más pequeño posible. Los instrumentos de medida de la CVRS suelen ser cuestionarios validados, que con frecuencia contienen varias escalas que se corresponden con las distintas dimensiones que conforman el constructo CVRS. Por tanto, una escala es una serie de preguntas, para las que no hay respuestas correctas o incorrectas, que pretenden cuantificar una determinada característica, en nuestro caso, esta característica es una de las dimensiones del cuestionario (v.g.: percepción del bienestar, funcionamiento social, etc.). La escala puede medir esta característica o dimensión en distintos niveles de medida (nominal, ordinal, intervalo o razón) (29).

Los aspectos relevantes con respecto a la CVRS pueden variar de unos estudios a otros, pero según el Grupo WHOQoLg en los cuestionarios de CVRS los ítems se agrupan por lo general en las siguientes dimensiones (4, 20).

- a. **Funcionamiento físico:** grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escaleras, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos.

- b. **Funcionamiento emocional:** grado en que el sufrimiento psicológico, la falta de bienestar emocional, la ansiedad y la depresión interfieren en las actividades diarias.
- c. **Funcionamiento social:** grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, con la familia, amigos y vecinos.
- d. **Rol funcional:** grado en que la salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento y el tipo de actividades comunitarias.
- e. **Funcionamiento cognitivo:** grado en que los problemas cognitivos interfieren en el trabajo o en las actividades diarias.
- f. **Percepción de salud general y de bienestar:** valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar.
- g. **Síntomas** (específicos de cada enfermedad).

Las escalas representan dimensiones o rasgos de un concepto abstracto que no puede ser medido directamente, pero que sí puede ser medido indirecta o parcialmente a través de los ítems o preguntas de cada dimensión. Como no existe ninguna regla teórica que contribuya a la delimitación del número de dimensiones a considerar, éstas se suelen dejar a los conocimientos y experiencia del investigador que diseña el instrumento de medida (cuestionario), y crea lo que se denomina un modelo conceptual (20).

El comité científico asesor del Medical Outcomes Trust publicó en el año 2002 una actualización del conjunto de propiedades o características de los instrumentos de medida de la CVRS y de los criterios o condiciones consideradas como un estándar para juzgar estas propiedades psicométricas, y, así, poder llevar a cabo una valoración de dichos

instrumentos. Según este comité científico los atributos o propiedades principales de los instrumentos de medida de calidad de vida y estado de salud son (30):

- ✓ Modelo conceptual y de medida
- ✓ Fiabilidad
- ✓ Validez
- ✓ Sensibilidad a los cambios
- ✓ Interpretabilidad
- ✓ Carga de respuesta y de administración
- ✓ Formas alternativas
- ✓ Adaptaciones culturales y de lenguaje

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Es un instrumento genérico de medición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios cuyo propósito es estimar el estado funcional del paciente, reflejando su salud física, mental y social, así como la obtención de un valor cuantitativo, que representará el estado de salud de forma multidimensional (29).

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la CVRS en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales (23). Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos (30), y

la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (26, 29).

Consta de 36 preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana (5, 29).

El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales (5, 30).

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

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

- **Funcionamiento físico:** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

- **Rol físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- **Dolor corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- **Salud general:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- **Funcionamiento social:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- **Rol emocional:** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Salud mental del paciente:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales (5, 29).

El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica (30).

Tabla1. Contenido de las escalas del SF-36			
Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Hay cuestionarios derivados del SF-36 que utilizan solo doce ítems del SF, han verificado que el instrumento es una medida válida y confiable, tanto en la escala original como en sus distintas versiones (12 ítems, 8 ítems o 6 ítems). Sin embargo, a pesar de estos resultados, los estudios se han centrado principalmente en la evaluación de la dimensión física relacionada con la calidad de vida, existiendo escasez de investigaciones que incorporan la dimensión salud mental. Además de esta dificultad, es importante apreciar que algunas investigaciones han encontrado que, aunque este instrumento ha mostrado una aceptable validez y fiabilidad, en algunos países y culturas, no ha coincidido con la estructura prevista del instrumento original. Esto hace necesario contar con estudios comparativos del estado de salud actualizados para diversos países, que permitan obtener adaptaciones culturales que contribuyan a la estandarización de los resultados y entreguen herramientas fiables para la planificación en salud (26,29).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- ❖ **Caso de tuberculosis pulmonar:** Persona a quien se le diagnostica tuberculosis con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica: baciloscopía, cultivo o prueba molecular (18).

- ❖ **Calidad de vida:** percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (20).

- ❖ **Calidad de vida relacionada a la salud:** Medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (27).

- ❖ **Cuestionario de salud SF-36:** Es un instrumento genérico de medición de CVRS, cuyo propósito es estimar el estado funcional del paciente, reflejando su salud física, mental y social, así como la obtención de un valor cuantitativo, que representará el estado de salud de forma multidimensional (29).

3. HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La tuberculosis pulmonar influye negativamente en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes mayores de 15 años, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en los años 2015-2016.

3.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- ❖ **VARIABLE DEPENDIENTE:** Calidad de Vida relacionada a la Salud.
- ❖ **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Tuberculosis Pulmonar, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación y estado civil

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	
TUBERCULOSIS PULMONAR	Diagnóstico	Clínico ✓ Tos ✓ Fiebre ✓ Sudoración	Sano Enfermo	Nominal
		PPD	PPD + : < 5 mm PPD - : > 10 mm	Ordinal
		Radiografía de Tórax	Presencia de signos patológicos Ausencia de signos patológicos	Nominal
		Baciloscopía	Negativo: no BAAR en 100 campos Número exacto de bacilos en 100 campos: 1-9 BAAR en 100 campos Positivo +: menos de 1 BAAR por campo en 100 campos Positivo ++: 1-10 BAAR por campo en 50 campos Positivo +++: más de 10 BAAR por campo en 20 campos	Intervalo
		Cultivo	Número de colonias: si está entre 1 a 50 colonias: Colonias no confluentes: más de 50 colonias. Colonias confluentes: incontables colonias. Negativo: Ausencia de colonias.	Intervalo
EDAD	Años cumplidos	15-30 años 31-45 años 46-60 años 61-75 años >75 años	Razón	
SEXO	Condición biológica de identidad sexual	Masculino Femenino	Nominal	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Lectura y escritura	Analfabetismo Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
ESTADO CIVIL	Condición social de unión de pareja	Casado Soltero Conviviente Divorciado Viudo	Nominal	
OCUPACIÓN	Trabajo o empleo que realiza	Empleado Desempleado	Nominal	

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL		INDICADORES	ESCALA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD	DIMENSIONES	Funcionamiento físico	1: Si me limita mucho 2: Si me limita un poco 3: No, no me limita para nada	Ordinal
		Rol físico	1: Si 2: No	Nominal
		Dolor corporal	1: nada 2: poco 3: moderado 4: mucho 5: extremadamente	Ordinal
		Salud general	1: Totalmente cierto 2: Bastante cierto 3: No sé 4: Bastante falsa 5: Totalmente falsa	Ordinal
		Vitalidad	1: Siempre 2: Casi siempre 3: Muchas veces 4: Algunas veces 5: Casi nunca 6: Nunca	Ordinal
		Funcionamiento social	1: Siempre 2: Casi siempre 3: Algunas veces 4: Casi nunca 5: Nunca	Ordinal
		Rol emocional	1: Si 2: No	Nominal
		Salud mental	1: Siempre 2: Casi siempre 3: Muchas veces 4: Algunas veces 5: Casi nunca 6: Nunca	Ordinal

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio será de tipo observacional, descriptivo, y transversal, se realizará en el Servicio de Medicina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, comprende el periodo de los años. 2015-2016.

4.2. TIPO DE DISEÑO

El diseño es descriptivo ya que los fenómenos se observan tal como se dan en su contexto natural, describiéndolos e interpretándolos, con base en la observación metódica sistematizada. Es transversal porque estudia un determinado fenómeno en un momento dado tomando los datos o mediciones en un solo momento.

4.3. MUESTRA DE ESTUDIO

POBLACIÓN

La población comprende a todos los pacientes atendidos en consultorio externo y/o hospitalizado en el servicio de Medicina del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2015-2016; que estén diagnosticados con tuberculosis.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Se aplicará el cuestionario de salud de la SF-36 a los pacientes con tratamiento antituberculoso atendidos por consultorio externo y/o hospitalizado del servicio de Medicina del Hospital Regional Docente de Cajamarca, previa firma del consentimiento informado, también se tomarán sus datos generales en una ficha de recolección de datos. (anexos 1, 2 y 3).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó en forma consecutiva no aleatorizada, la muestra incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis, de ambos sexos, en total se incluyeron 37 pacientes entre los años 2015 y 2016 del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar mediante baciloscopía, y/o cultivo del HRDC.
- ✓ Pacientes mayores de 15 años atendidos en consultorio externo y/o hospitalizado en el servicio de medicina del HRDC.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Pacientes atendidos entre los años 2015-2016.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con alguna otra comorbilidad física o psiquiátrica, incluyendo VIH.
- ✓ Pacientes con tuberculosis extrapulmonar.
- ✓ Pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.
- ✓ Pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar menores de 15 años.
- ✓ Pacientes que hayan muerto durante el tratamiento antituberculoso.
- ✓ Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

4.4.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: se realizó por la misma autora, se contó con un formato único de recolección de datos, en la primera ficha se recolectó la información referente al paciente como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, y ocupación; y la segunda ficha contuvo el cuestionario de SF-36 con sus ocho dimensiones, este cuestionario de calidad

de vida se realizó al momento que se captó al paciente durante el tratamiento o cuando culminó el mismo el mismo.

Los datos recolectados en las fichas prediseñadas serán precisos ya que encajan dentro de los requerimientos para la realización de dicho estudio y serán procedentes de la información brindada por los pacientes.

4.4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS: Para procesar y analizar estadísticamente los datos recolectados, se creó una base de datos con el programa SPSS 24.0 Minitab 17 y el OFFICE 2016. Los resultados serán presentados en cuadros estadísticos de simple y doble entrada. Para el análisis de los resultados se utilizó pruebas estadísticas como correlación de Pearson, y la Comunalidad, así mismo se hará un análisis teniendo como base los antecedentes y teorías sobre el tema.

5. RESULTADOS

- Inicialmente los pacientes que entraron en el estudio fueron 105, aplicando los criterios de inclusión, 56 pacientes presentaron tuberculosis extrapulmonar por lo que quedaron fuera del estudio, de los 49 restantes que si tenían el diagnóstico 12 no cumplieron con el resto de criterios de inclusión, 1 de ellos resultó ser TBC-MDR, 1 con VIH, 1 menor de 15 años, 2 abandonaron el tratamiento y pidieron retiro voluntario y 7 de ellos murieron durante el tratamiento, quedando la muestra con 37 pacientes.

TABLA 1. SEXO, EDAD, OCUPACIÓN, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA. HRDC, 2015-2016.

Atributo	Categoría	Recuento	%
Sexo	Femenino	17	46%
	Masculino	20	54%
Edad	De 18 a 30	8	22%
	De 31 a 45	10	27%
	De 46 a 60	8	22%
	De 61 a más	11	30%
Ocupación	Desempleado	25	68%
	Empleado	10	27%
	Estudiante	2	5%
Grado de instrucción	Analfabeto	6	16%
	Primaria	21	57%
	Secundaria	5	14%
	Superior	5	14%
Estado Civil	Soltero	9	24%
	Casado	11	30%
	Conviviente	12	32%
	Viudo	5	14%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En total los pacientes estudiados fue de 37: 17 mujeres y 20 varones, con un rango de edad de 18 a 89 años; donde el mayor porcentaje (30%) fue mayor o igual a 61 años, seguido por pacientes cuyas edades oscilan entre 31 a 45 años con un 27%.

En cuanto a la ocupación más de la mitad de pacientes estaban desempleados (68%) al momento de la aplicación del cuestionario, 27 % estaba empleado (agricultura, comercio, ganadería) y el 5% estaba cursando con estudios (2 pacientes).

En el grado de instrucción de estos pacientes el 57% de ellos había solo cursado con primaria, un 16% no tenían estudios, y el igual porcentaje la educación secundaria y

superior (14% cada una). En el estado civil, la tercera parte de los pacientes, 32% convivía con su pareja, el 30% estaba casado, 24% soltero y un 14% estaban viudos, esto quiere decir que el 62% de los pacientes tiene un compromiso legal o afectivo.

En cuanto a la evaluación de las dimensiones del SF-36, la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes varió de la siguiente manera (tabla 2).

TABLA 2: EVALUACIÓN DE LA CVRS CON EL SF-36 EN PACIENTES CON TB PULMONAR EN EL HRDC, 2015-2016.

Dimensión	Media	Desviación estándar	Coficiente de variación
SALUD GENERAL	80.2	12.3	15%
FUNCIÓN FÍSICA	70.1	15.8	23%
ROL FÍSICO	85.1	17.1	20%
ROL EMOCIONAL	82.0	23.0	28%
FUNCIÓN SOCIAL	72.0	9.5	13%
DOLOR CORPORAL	62.8	20.7	33%
VITALIDAD	82.4	10.1	12%
SALUD MENTAL	88.2	7.7	9%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 2 se presenta las como medida de tendencia central la media y de dispersión la desviación típica de cada una de las variables que fueron evaluadas en el estudio. Se aprecian en las diferentes dimensiones del SF-36 puntaje alto y medio, siendo la salud mental y el rol físico, las que obtuvieron las puntuaciones más altas, y el dolor corporal la puntuación más baja. Tanto en las funciones físicas como en las psicosociales que conforman el SF-36 se encuentran valores altos y medios, indicando a nivel general una calidad de vida buena en estas dimensiones.

La función física, que refleja el grado en que la salud limita las actividades físicas, como el cuidado personal, actividades intensas y moderadas, caminar, subir escaleras o levantar peso, tuvo una evaluación media, pues su promedio fue de 70.1, indicando que hubo leve dificultad para realizar estas actividades.

El rol físico, que evalúa el grado en que la salud física interfiere con el trabajo y otras actividades diarias, la percepción de evaluación fue una de las más altas de todas las dimensiones del cuestionario, con una media de 85.1, indicando que no hubo interferencia por parte de su salud física con las actividades que realizaban los pacientes.

La evaluación con respecto al rol emocional realizado en los pacientes que se percibe como el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, recibió una calificación de 82, esto quiere decir que en general los pacientes no manifestaron interferencia de los problemas emocionales en sus actividades diarias.

El dolor corporal que es la dimensión que evalúa la intensidad y el efecto del dolor en el trabajo habitual dentro y fuera del hogar, obtuvo la puntuación más baja que es de 62.8, indicando que el dolor corporal influye moderadamente en el trabajo habitual de los pacientes en estudio.

La vitalidad que refleja el sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y agotamiento, fue percibida en un promedio de calificación de 82.4, lo que refleja manifestación de los sentimientos de energía y vitalidad superior a los de cansancio y agotamiento por parte de los pacientes.

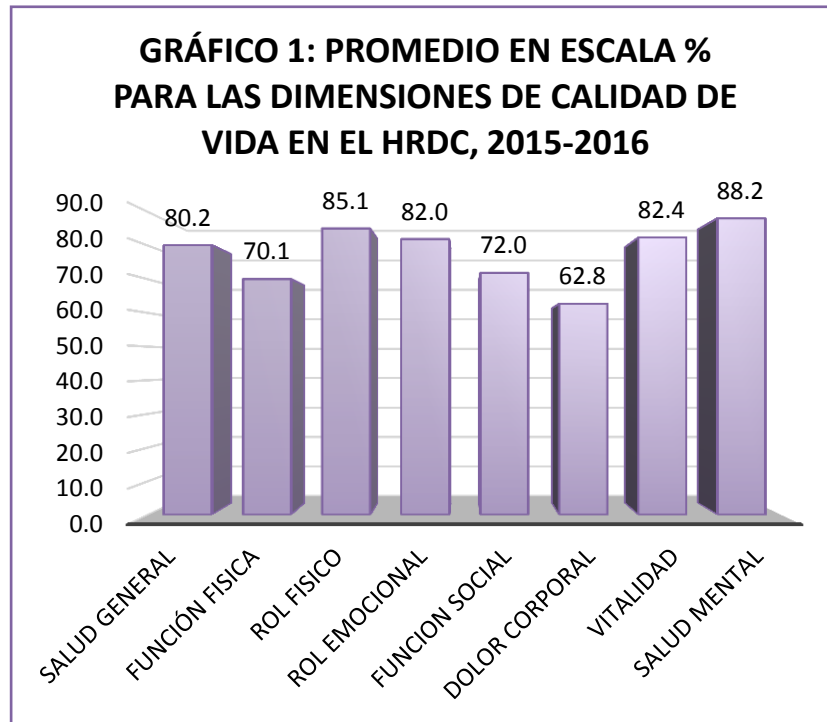
La salud mental percibida que es la dimensión que incluye la depresión, ansiedad, control de la conducta, control emocional y el efecto positivo en general, fue la dimensión mejor calificada por la población en estudio, con un 88, lo que nos permite identificar que la afectación de su calidad de vida se centra más en los aspectos físicos.

La percepción de la función social definida como el grado en el que los problemas de la salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, tuvo una puntuación de 72, por lo que tuvo una influencia moderada en la vida social de las personas.

La escala de salud general, que refleja la valoración personal de la salud actual, así como las perspectivas de salud futura y la resistencia a enfermar, la encontramos con una puntuación de 80.2 %, por lo que se infiere que en general la salud percibida por los pacientes fue buena.

En la dimensión de la evolución declarada de la salud, que compara la salud con la de hace un año, el 70.5% considera que su salud es mejor o mucho mejor y solo el 20% la considera igual o peor. Es importante mencionar que todos los pacientes se encontraron con el tratamiento iniciado al momento del estudio, ya que la tuberculosis es una enfermedad que no se puede dejar sin tratamiento por el deterioro general y que una vez iniciado el tratamiento los pacientes mejoran notoriamente al poco tiempo.

GRÁFICO 1: PROMEDIO EN ESCALA PORCENTUAL PARA LAS DIMENSIONES DEL SF-36 EN PACIENTES TBC PULMONAR DEL HRDC, DURANTE LOS AÑOS 2015-2016.



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En el gráfico 1 se muestran un gráfico en barras con los porcentajes que representan cada una de las dimensiones del SF-36 que valora la calidad de vida de los pacientes, los porcentajes más altos es para la salud mental y rol físico y el más bajo para el dolor corporal.

**TABLA 3: SALUD GENERAL EN PACIENTES CON TB PULMONAR DEL HRDC,
2015-2016**

Atributo	Categoría	Recuento	%
En general, ¿diría usted que su salud es: (marque un solo número.)	Excelente	4	11%
	Muy buena	3	8%
	Buena	9	24%
	Regular	19	51%
	Mala	2	5%
Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	5	14%
	Bastante cierta	20	54%
	No sé	1	3%
	Bastante falsa	11	30%
	Totalmente falsa	0	0%
Estoy tan sano/a como cualquiera	Totalmente cierta	2	5%
	Bastante cierta	23	62%
	No sé	3	8%
	Bastante falsa	8	22%
	Totalmente falsa	1	3%
Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	0	0%
	Bastante cierta	9	24%
	No sé	13	35%
	Bastante falsa	14	38%
	Totalmente falsa	1	3%
Mi salud es excelente	Totalmente cierta	0	0%
	Bastante cierta	19	51%
	No sé	3	8%
	Bastante falsa	15	41%
	Totalmente falsa	0	0%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En los ítems de la dimensión de salud general, un 51% de los pacientes respondió que su salud es regular, seguido por un 24% cuya respuesta fue tener una buena salud, la valoración personal de la salud actual fue del 62% con respuesta bastante cierta, y la perspectiva de salud futura y la resistencia a enfermar, fue de un 38% que respondía que es bastante falso que su salud pueda empeorar.

TABLA 4: RELACIÓN ENTRE SEXO, EDAD Y DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTANDAR SF- 36 DIMENSIONES																
	FUN_FISICA		ROL_FISICO		DOL_CORP		SAL_GENER		VITALIDAD		FUN_SOC		ROL_EMO		SAL_MENT	
SEXO	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Femenino	67.8	15.2	85.3	19.9	65.4	20.7	80.7	11.0	81.4	9.2	72.1	7.0	84.3	23.9	85.6	5.2
Masculino	72.0	16.5	85.0	15.0	60.6	20.9	79.7	13.6	88.1	7.2	71.9	11.4	80.0	22.7	86.5	7.6
Edad																
18 a 30	80.8	20.8	87.5	14.4	63.9	21.0	79.2	11.5	80.6	3.2	78.1	6.3	75.0	31.9	88.1	6.1
31 a 45	70.3	11.5	90.0	12.9	50.0	19.1	76.1	13.4	85.0	4.6	70.0	8.7	90.0	16.1	88.1	7.9
46 a 60	72.5	11.5	87.5	13.4	61.1	13.3	86.1	10.7	79.9	11.1	70.3	6.5	83.3	17.8	85.1	10.3
61 a más	65.5	18.8	81.8	22.6	77.8	20.5	81.3	11.5	83.3	13.8	69.3	10.3	81.8	27.3	88.7	6.5

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 4 se muestra la relación entre el sexo y las dimensiones, en el sexo femenino las puntuaciones más altas se obtuvieron en la salud mental con 85.6 y la más baja en dolor corporal con 65.4; en cambio en los hombres la puntuación más alta se obtuvo en vitalidad con 88.1, y la más baja en dolor corporal con 60.6 al igual que en las mujeres.

Respecto a la edad en los más jóvenes con rango de 18 a 30 años, la dimensión con mejor puntuación es de salud mental con 88.1; la edad de 31 a 45 años el rol emocional y el rol físico son las que tienen mejores puntuaciones de 90, en las edades de 46 a 60 años la mejor puntuada es de rol físico, y en mayores de 60 años, es salud mental con 88.7.

TABLA 5: RELACIÓN ENTRE EDAD Y EL ROL FÍSICO EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

ROL FÍSICO	Respuesta	EDAD							
		De 18 a 30		De 31 a 45		De 46 a 60		De 61 a más	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	No	0	0%	1	10%	0	0%	1	9%
	Sí	8	100%	9	90%	8	100%	10	91%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%
¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	No	1	13%	0	0%	1	13%	1	9%
	Sí	7	88%	10	100%	7	88%	10	91%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%
¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	No	2	25%	1	10%	1	13%	3	27%
	Sí	6	75%	9	90%	7	88%	8	73%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%
¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades?	No	3	38%	2	20%	2	25%	3	27%
	Sí	5	63%	8	80%	6	75%	8	73%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 5 se presenta la relación entre la edad y el rol físico, el 91% de los pacientes respondió que desde que están enfermos ha disminuido el tiempo que dedicaban a su trabajo, igualmente en un 91% han hecho menos de lo que hubiesen querido hacer, el 73% se ha visto limitado en el tipo de trabajo, y el 73% ha tenido dificultades en realizar trabajo u otras actividades, en general más de las 2/3 partes de la población, ha tenido interferencia de la enfermedad para realizar las actividades relacionadas al rol diario como trabajar, realizar actividades de recreación, etc.

TABLA 6: RELACIÓN ENTRE EDAD Y LA FUNCIÓN SOCIAL EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

FUNCIÓN SOCIAL	Respuesta	Edad							
		De 18 a 30		De 31 a 45		De 46 a 60		De 61 a más	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?	Nada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Ligeramente	1	13%	3	30%	4	50%	3	27%
	Moderadamente	4	50%	6	60%	4	50%	5	45%
	Bastante	3	38%	1	10%	0	0%	3	27%
	Extremadamente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%
Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?	Nada	1	13%	2	20%	0	0%	0	0%
	Un poco	4	50%	5	50%	5	63%	4	36%
	Moderadamente	1	13%	2	20%	3	38%	1	9%
	Bastante	2	25%	1	10%	0	0%	6	55%
	Extremadamente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	8	100%	10	100%	8	100%	11	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBPC en el HRDC.

En la tabla 6 se presenta la relación de la función social y edad, el 50% de los pacientes cuya edad estaba entre los 18 y 30 años, respondió que la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales de manera moderada, para el mismo rango de edad el 50% también contestó que el dolor ha dificultado un poco las actividades sociales como visitar a amigos, conversar con ellos, etc.

TABLA 7: RELACIÓN ENTRE EDAD, SEXO Y LA TRANSICIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

TRANSICIÓN DE LA SALUD ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?													
Variables	Respuesta	Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos igual ahora que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año		Tota fila	% columna
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Sexo	Femenino	8	47%	7	41%	2	12%	0	0%	0	0%	17	46%
	Masculino	9	45%	8	40%	2	10%	1	5%	0	0%	20	54%
Edad	De 18 a 30	2	25%	5	63%	1	13%	0	0%	0	0%	8	22%
	De 31 a 45	8	80%	1	10%	0	0%	1	10%	0	0%	10	27%
	De 46 a 60	2	25%	4	50%	2	25%	0	0%	0	0%	8	22%
	De 61 a más	5	45%	5	45%	1	9%	0	0%	0	0%	11	30%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 7, tanto en el sexo masculino, como en el femenino se tuvieron tasas parecidas de respuesta respecto a su percepción de la salud con la de hace un año, con respuesta de sentirse mucho mejor ahora para las mujeres de 47% y para los hombres de un 45%, seguido por la percepción algo mejor en un 41% para las mujeres y un 40% para los varones. Respecto a la edad, los pacientes que estuvieron entre los rangos de edad de 31 a 45 años, tuvo una percepción mucho mejor ahora que hace un año de un 80%, seguido de los pacientes mayores a 61 años.

TABLA 8: RELACIÓN ENTRE ROL FÍSICO Y LA TRANSICIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

ROL FÍSICO	Respu esta	Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos igual ahora que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año		Tota fila	% colum- na
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	No	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5%
	Sí	16	46%	14	40%	4	11%	1	3%	0	0%	35	95%
Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer	No	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%	0	0%	3	8%
	Sí	16	47%	13	38%	4	12%	1	3%	0	0%	34	92%
Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades	No	2	29%	4	57%	1	14%	0	0%	0	0%	7	19%
	Sí	15	50%	11	37%	3	10%	1	3%	0	0%	30	81%
Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades	No	3	30%	4	40%	2	20%	1	10%	0	0%	10	27%
	Sí	14	52%	11	41%	2	7%	0	0%	0	0%	27	73%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 8 el 95% de los pacientes respondió que si ha disminuido el tiempo que dedicaban al trabajo u otras actividades, pero que en comparación a un año, se sienten mucho mejor (46%) y algo mejor (40%), solo 2 pacientes respondieron que la enfermedad no había influido en la realización de sus actividades. En otro ítem el 81% de los pacientes se ha visto limitado en el tipo de trabajo o actividades que realizaba, pero que el 87% de estos pacientes se siente mucho mejor y algo mejor ahora que hace un año.

TABLA 9: RELACIÓN ENTRE FUNCIÓN SOCIAL Y LA TRANSICIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016**TRANSICIÓN DE LA SALUD ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?**

FUNCIÓN SOCIAL	Respuesta	Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos igual ahora que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año		Tota fila	% columna
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?	Nada en absoluto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Ligeramente	7	64%	3	27%	1	9%	0	0%	0	0%	11	30%
	Moderadamente	8	42%	8	42%	2	11%	1	5%	0	0%	19	51%
	Bastante	2	29%	4	57%	1	14%	0	0%	0	0%	7	19%
	Extremadamente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?	Siempre	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%	0	0%	3	8%
	Casi siempre	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	0	0%	4	11%
	Algunas veces	12	46%	12	46%	2	8%	0	0%	0	0%	26	70%
	Casi nunca...	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	8%
	Nunca	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBPCP en el HRDC.

En la tabla 9 el 51% de los pacientes respondió que su salud física o sus problemas emocionales dificultaban de manera moderada sus actividades sociales, y de ellos el 84% respondió que su estado general comparado al de hace un año es mucho mejor o algo mejor ahora. Por otro lado el 80% de los pacientes respondió que su salud física o sus problemas emocionales algunas veces dificultaron las actividades sociales y de ellos el 92% percibieron su salud mucho mejor o algo mejor con respecto a un año.

TABLA 10: RELACIÓN ENTRE TRANSICIÓN DE LA SALUD Y VITALIDAD EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

VITALIDAD	Respuesta	Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos igual que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año		Tota fila	% columna
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Se ha sentido lleno de vitalidad	Siempre	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
	Casi siempre	2	67%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	3	8%
	Muchas veces	3	50%	3	50%	0	0%	0	0%	0	0%	6	16%
	Algunas veces	8	47%	6	35%	2	12%	1	6%	0	0%	17	46%
	Casi nunca	3	30%	5	50%	2	20%	0	0%	0	0%	10	27%
	Nunca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ha tenido mucha energía	Siempre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Casi siempre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Muchas veces	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Algunas veces	9	60%	4	27%	2	13%	0	0%	0	0%	15	41%
	Casi nunca	8	36%	11	50%	2	9%	1	5%	0	0%	22	59%
	Nunca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Se ha sentido agotado	Siempre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Casi siempre	2	40%	1	20%	2	40%	0	0%	0	0%	5	14%
	Muchas veces	7	39%	9	50%	1	6%	1	6%	0	0%	18	49%
	Algunas veces	7	54%	5	38%	1	8%	0	0%	0	0%	13	35%
	Casi nunca	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
	Nunca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Se ha sentido cansado	Siempre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Casi siempre	3	50%	2	33%	1	17%	0	0%	0	0%	6	16%
	Muchas veces	9	43%	10	48%	1	5%	1	5%	0	0%	21	57%
	Algunas veces	5	50%	3	30%	2	20%	0	0%	0	0%	10	27%
	Casi nunca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Nunca	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 10 se ha relacionado las variables vitalidad y transición de la salud, en donde el 46% respondió que algunas veces se sintió con vitalidad, y de ellos, el 47% refiere que se está mucho mejor ahora que hace un año, si tomamos el ítem energía, el 59% de los pacientes respondía que casi nunca durante su enfermedad se ha sentido con energía, y de ellos el 50% mencionó que se siente algo mejor en comparación a hace un año.

TABLA 11: RELACIÓN ENTRE TRANSICIÓN DE LA SALUD Y DOLOR FÍSICO EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016

DOLOR FÍSICO	Respuesta	Mucho mejor ahora que hace un año		Algo mejor ahora que hace un año		Más o menos igual que hace un año		Algo peor ahora que hace un año		Mucho peor ahora que hace un año		Tota fila Recuento	% columna
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%		
¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?	Ninguno	3	75%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	4	11%
	Muy poco	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	16%
	Poco	4	29%	7	50%	2	14%	1	7%	0	0%	14	38%
	Moderado	3	30%	6	60%	1	10%	0	0%	0	0%	10	27%
	Mucho	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%	0	0%	3	8%
	Muchísimo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?	Nada en absoluto	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	8%
	Un poco	8	44%	9	50%	1	6%	0	0%	0	0%	18	49%
	Moderadam ente	2	29%	3	43%	1	14%	1	14%	0	0%	7	19%
	Bastante	4	44%	3	33%	2	22%	0	0%	0	0%	9	24%
	Extremadam ente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 11, el 38% de los pacientes refirió que durante las últimas 4 semanas ha presentado poco dolor físico y de ellos el 50% respondió que su salud es algo mejor ahora que hace un año. En otro ítem de la escala de dolor físico el 49% de los pacientes respondieron que en las últimas 4 semanas el dolor ha dificultado un poco el trabajo normal que realizaban, y de ellos el 94% percibió su salud como mucho mejor o algo mejor con la de hace un año.

TABLA 12: RELACIONES ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016.

	SALUD GENERAL	FUNCIÓN FÍSICA	ROL FÍSICO	ROL EMOCIONAL	FUNCIÓN SOCIAL	DOLOR CORPORAL	VITALIDAD	SALUD MENTAL
SALUD GENERAL	1							
FUNCIÓN FÍSICA	0.228	1						
ROL FÍSICO	-0.100	-0.208	1					
ROL EMOCIONAL	-0.115	-0.266	0.827	1				
FUNCIÓN SOCIAL	-0.150	0.002	-0.019	-0.204	1			
DOLOR CORPORAL	0.307	-0.285	0.093	-0.022	-0.082	1		
VITALIDAD	0.114	0.312	-0.013	0.061	-0.170	-0.157	1	
SALUD MENTAL	0.084	-0.049	-0.244	-0.068	-0.122	-0.031	0.162	1

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 12 se puede observar los resultados de la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson a todas las dimensiones de la calidad de vida, solo se encontró una correlación alta positiva entre el rol físico y el rol emocional, significa que los problemas emocionales como sentirse deprimido o ansioso interfieren en las actividades relacionadas con el rol diario como trabajar, estudiar, hacer deporte o realizar actividades de recreación, en el resto de las dimensiones no se encontró relaciones significativas entre ellas.

TABLA 13: RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y EL ROL EMOCIONAL DE LOS PACIENTES DEL HRDC, 2015-2016.

ROL EMOCIONAL	Respuesta	OCUPACIÓN					
		Desempleado		Empleado		Estudiante	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	No	3	12%	2	20%	1	50%
	Sí	22	88%	8	80%	1	50%
	Total	25	100%	10	100%	2	100%
¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	No	4	16%	3	30%	0	0%
	Sí	21	84%	7	70%	2	100%
	Total	25	100%	10	100%	2	100%
¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	No	5	20%	1	10%	1	50%
	Sí	20	80%	9	90%	1	50%
	Total	25	100%	10	100%	2	100%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 13 se observa la relación entre la ocupación y el rol emocional, en donde se aprecia que el 50% de los pacientes respondió que sí ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades y de ellos el 88% se encontraba desempleado, en otro ítem el

100% de los pacientes respondió que ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer, y de ellos el 84% se encontraba desempleado.

Tabla 14: Comunalidad de las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes del HRDC, 2015-2016.

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Comunalidad
FUNCION FISICA	0.24	-0.78	0.04	0.66
ROL FISICO	-0.93	0.08	0.12	0.90
ROL EMOCIONAL	-0.94	0.06	-0.12	0.91
FUNCION SOCIAL	0.19	-0.03	0.72	0.55
DOLOR CORPORAL	0.02	0.70	-0.13	0.51
VITALIDAD	-0.10	-0.62	-0.49	0.63
SALUD MENTAL	0.28	0.07	-0.69	0.56
Varianza	1.94	1.49	1.28	4.72
% Explicado	28%	22%	18%	68%

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes diagnosticados de TBCP en el HRDC.

En la tabla 14 se presenta un análisis factorial multivariable para la calidad de vida, se identifican tres factores con una explicación a la calidad de vida del 68%, mediante componentes principales y rotación varimax (Minitab 17).

El primer factor vincula el rol físico y emocional con una participación del 28% es decir para mejorar la calidad de vida de estos pacientes es necesario tomar acciones en relación a estas dimensiones, de tal modo que si mejora tanto su rol físico como el emocional, mejoraremos la calidad de vida de estos pacientes. Seguido viene el trío función física, dolor corporal y vitalidad con 22% y otro grupo función social y salud mental con el 18%, quiere decir que son factores que influyen en la calidad de vida, y que si mejoramos estos, directamente mente mejoraremos la percepción de salud de nuestros pacientes.

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se tuvo una población de 37 personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, se evidenció que la proporción en ambos géneros es muy parecida, los rangos de edad oscilan entre 18 y 89 años, a diferencia de las estadísticas mundiales en donde la edades en las que se presentan mayor número de casos de tuberculosis es de 30 a 45 años, en nuestro estudio la mayor cantidad de casos se dio en pacientes mayores de 60 años, más de la mitad de los pacientes estuvo comprometida y en su mayoría dichos pacientes estuvieron desempleados.

Más del 50% de los pacientes que se incluyeron en el estudio, afirma estar comprometido de manera legal o afectiva, varios estudios apoyan el hecho de que si las personas enfermas están comprometidas, es mucho más fácil sobrellevar las enfermedades, ya que el apoyo y afecto que reciben ayuda positivamente a la calidad de vida de los pacientes.

En esta investigación encontramos que la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar es en términos generales de regular a buena, es decir favorable, dentro de las dimensiones físicas (rol físico, salud general, vitalidad, dolor corporal y función física) y psicosociales (función social, salud mental y rol emocional) hubo una buena calidad de vida a nivel general, destacándose la salud mental y el rol físico, como las más altas a diferencia del dolor corporal y la función física como las más bajas, los pacientes percibieron que son afectados levemente por estados de depresión, ansiedad, y que tienen un mejor control de la conducta, control emocional y efecto positivo sobre sí mismos, y que la salud física no ha impactado en gran medida en el trabajo u otras actividades que realizaban, a diferencia del dolor que ha producido un efecto negativo en el trabajo tanto fuera como dentro del hogar, y la limitación importante que han tenido dichos individuos para realizar las actividades físicas cotidianas intensas o moderadas y de autocuidado.

Dimensiones que han tenido una puntuación media involucra la valoración personal de la salud, las perspectivas de salud futura, la resistencia a enfermar, el grado en el que la salud física o emocional interfiere en la vida social habitual, o aquellos sentimientos de energía y vitalidad que priman sobre aquellos de cansancio y agotamiento.

Los resultados de los estudios que evalúan la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar son consistentes con los observados en nuestro trabajo. Se evaluó pacientes durante y al término del tratamiento antituberculoso, encontrándose una calidad de vida regular, no se hizo un seguimiento a estos pacientes para ver si los puntajes aumentaban o disminuían, los dominios que se afectan depende mucho del momento en que se evalúe la calidad de vida.

En nuestro estudio los dominios más afectados son el físico y el emocional, parecido a un estudio realizado en la India en donde se observó que dichos dominios son los más afectados, pero que al final del tratamiento el dominio social es el más afectado (31). En Rusia la evaluación de casos de tuberculosis y controles mostró alteraciones de la actividad, movilidad y estado físico de los pacientes con tuberculosis (32). En un estudio en China el puntaje de los factores emocionales, de función social y de salud mental fue significativamente menor en los pacientes con tuberculosis que en los controles, siendo las escalas físicas las más afectadas (33).

A diferencia de otros estudios como el realizado en México en donde concluyen que ninguna de las dimensiones del SF-36 tuvo un promedio de valoración mayor a 70, por lo que se concluyó que la percepción de la calidad de vida y repercusión social en general para esa población fue de "regular" a "baja", siendo las más afectadas por la enfermedad rol físico, la percepción de la salud general, vitalidad y dolor corporal (6), en nuestro estudio la gran mayoría de las dimensiones tuvieron puntajes altos mayores a 70, por lo

que se dice que la percepción de calidad de vida en general fue de regular a buena, y en orden creciente es decir de la menos afectada a la más afectada fue: salud mental, rol físico, vitalidad, rol emocional, salud general, función social, función física y dolor corporal.

Hay otros factores distintos al de los pacientes que se asocian a una peor calidad de vida, por ejemplo las personas que eran analfabetas o solo tenían educación primaria estaban muy relacionado a llevar una peor calidad de vida, y los desempleados tienen más altos índices de repercusión en la calidad de vida. Parecido a un estudio realizado en Turquía en donde la menor calidad de vida de pacientes con tuberculosis hospitalizados se asoció a no tener seguridad social, menor nivel de educación y condiciones insalubres de vivienda (34).

La disminución importante de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar, más aún de las variables relacionadas al aspecto físico, pueden ser resultado de un deterioro en la función pulmonar en los mismos. Hay algunos estudios que tratan de explicar la relación entre la calidad de vida y la función pulmonar, por ejemplo tenemos un estudio de cohorte en donde a 69 pacientes con tuberculosis pulmonar se les evaluó la función respiratoria al inicio, a los dos y a los seis meses después del tratamiento, en el inicio se observó una limitación significativa de la función pulmonar (volumen espiratorio forzado en el primer segundo (Fev-1)) < 60% del predicho en 39% de los pacientes. El porcentaje posteriormente disminuyó durante el tratamiento, pero el 24.6% persistió con función pulmonar muy limitada al final del tratamiento (35). En otro estudio se describió las alteraciones en las variables espirométricas y su asociación con la gravedad de las lesiones pulmonares residuales de la tuberculosis pulmonar evaluadas mediante radiografías, el 89% de los pacientes presentaron secuelas radiológicas correspondiente al 24.6% de las alteraciones de la función pulmonar, el 54% con secuelas de moderadas a

graves relacionadas a un 73.8% de las alteraciones de la función pulmonar (36). Ambos estudian apoyan el hecho que la percepción de la calidad de salud de los pacientes se ve afectada por aspectos anatómicos y complicaciones propias de la enfermedad.

El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas, y es independiente de la escala de medida de las variables; en nuestro estudio solo se encontró una correlación alta positiva entre el rol físico y el rol emocional, significa que los problemas emocionales como sentirse deprimido o ansioso interfieren en las actividades relacionadas con el rol diario como trabajar, estudiar, hacer deporte o realizar actividades de recreación, en el resto de las dimensiones no se encontró relaciones significativas entre ellas, debido en parte a la limitado número de pacientes, o a la dificultad que tuvieron al resolver el cuestionario y no entenderlo, ya que hubo valores altos de educación primaria y analfabetismo.

La Comunalidad es una proporción de varianza del análisis factorial que expresa la parte de cada variable (su variabilidad) que puede ser explicada por los factores comunes a todas ellas, en la tabla 14 se identifican tres factores que explican la calidad de vida en un 68% (mayor a 65%, valor mínimo para dar fiabilidad al estudio), traducido a palabras simples si queremos mejorar la calidad de vida de los pacientes tenemos que hacerlo de manera progresiva, considerando en un primer plano el rol físico y emocional al tener un impacto positivo en estas variables contribuiremos en un 28% a la mejora de la calidad de vida, seguido por función física, dolor corporal y vitalidad con un impacto del 22% y finalmente función social y salud mental en un 18%, de esta manera si enfocáramos nuestros esfuerzos a mejorar estas variables, tendríamos un efecto beneficioso en la calidad de vida de los pacientes.

El apoyo social es considerado uno de los recursos personales más importantes para sobreponerse al efecto de la enfermedad, las relaciones con los familiares y amigos y el hecho de poder confiar en ellos y comunicarse de forma empática y emotiva juegan un rol importante en la vida de estos pacientes, el sentirse amado y apoyado es una percepción que promueve la salud, disminuye el impacto de la enfermedad y afecta benéficamente la salud integral del paciente.

El impacto de la tuberculosis está estrechamente vinculado a la situación social, cultural, educativa, estado civil incidiendo de forma diferencial en su calidad de vida.

Una de las limitantes del estudio fue la población, es necesario incluir un número mayor de sujetos de estudio para precisar aún más la estimación de la calidad de vida y sus factores asociados y realizar el seguimiento del paciente, como en los estudios longitudinales, ya que es un indicador más fidedigno en la valoración de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas y crónicas.

Sin embargo este estudio sirvió de base para comprender y tener una idea general de la percepción de calidad de vida de nuestros pacientes enfermos, y nosotros como personal de salud analizar la situación no solo a nivel individual sino también a nivel general, realizando un trabajo multidisciplinario que involucre no solo aspectos físicos que como profesionales de salud es donde más nos enfocamos, sino también aspectos emocionales y sociales, es decir un enfoque sistémico, integrador, complementario e innovador, de tal forma mejoraremos la condiciones de vida de los pacientes, eliminando la discriminación y las inequidades y fomentando la inclusión social, la autoestima y la humanización de los servicios de salud.

Mejorar la calidad de vida de los pacientes no solo involucra a los pacientes que son los que acaecen de la enfermedad, o a nosotros que somos personal que laboramos en

establecimientos de salud, sino también a la sociedad, desde las personas más cercanas a los pacientes (familia y amigos) que son los que más se relacionan con los enfermos, hasta las entidades del gobierno, ya sean gobiernos regionales o nacionales, medios de comunicación, y redes sociales, todos ellos deben contribuir activamente a fortalecer las relaciones interpersonales, ofreciendo información, educando a la población, incrementando el sentido de identidad social, pertenencia y participación, fomentando conductas y estilos de vida saludables, que podría llevarse a cabo mediante campañas o programas de salud.

7. CONCLUSIONES:

- ✓ La tuberculosis pulmonar tiene una repercusión importante en la vida de los pacientes, ya que agrava la calidad de vida que llevan estos pacientes.
- ✓ La población afectada por la enfermedad tiene una valoración más subjetiva, que objetiva de su realidad.
- ✓ La calidad de vida de los pacientes se relaciona con factores como grado de instrucción, sexo, edad, ocupación y estado civil, a menor grado de instrucción peor calidad de vida, altos índices de desempleo a causa de la enfermedad, a mayor edad mayor incidencia de enfermedad.
- ✓ Las dimensiones del SF-36 en su gran mayoría superan promedios de valoración mayores a 70, por lo que se puede concluir que la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de estos pacientes en general es de regular a buena.
- ✓ La dimensión que tuvo mayor carga poblacional fue el dolor físico, y la mejor calificada fue salud mental y rol físico.
- ✓ El rol físico con el rol emocional son los que tienen mayor relación.
- ✓ Con esta investigación se logró obtener conocimientos acerca de la realidad que viven estos pacientes con su enfermedad, que áreas de su vida se encuentran más comprometidas.
- ✓ Como personal de salud hemos ampliado nuestra percepción con respecto a esta enfermedad, este estudio nos va a permitir intervenir activamente en la recuperación de nuestros pacientes en la esfera biopsicosocial, e incorporarlos activamente a la sociedad, brindándoles mejores condiciones de vida y de trabajo.

8. RECOMENDACIONES

- a) El trabajo realizado debe constituir una base para posteriores investigaciones sobre calidad de vida relacionada a la salud no solo en enfermedades infectocontagiosas, sino en pacientes crónicamente enfermos, cuya percepción de la vida y de su salud es menos valorada.
- b) En las investigaciones futuras que se podrían realizar sobre calidad de vida de los pacientes, sería conveniente tomar poblaciones mucho más grandes para mejorar las correlaciones entre las dimensiones y seguirlas en el tiempo, es decir realizar investigaciones de corte longitudinal, ya que las dimensiones al momento del diagnóstico, durante el tratamiento y al finalizar el mismo son percibidas de manera diferente.
- c) Como observamos en el estudio un 68% de los pacientes se encontraron desempleados, muchos de ellos a causa de su enfermedad, mencionaban que tenían miedo de contagiar, o sufrían discriminación, en parte se puede deber a las creencias y mitos de la sociedad sobre la tuberculosis y directamente afectar la calidad de las relaciones interpersonales, ya que esta enfermedad inevitablemente modifica los estilos de vida y las conductas de salud tanto de los enfermos como de sus familias y conocidos, por ende es necesario tomar medidas y educar a la población, con campañas y programas de salud para informar sobre esta enfermedad.
- d) Los nuevos casos de tuberculosis pulmonar en Cajamarca en los 2 últimos años fue de 49, pero hay muchos más que no son diagnosticados, en nuestra cultura aún hay poblaciones que se resisten a acudir a los establecimientos de salud, es importante la promoción de la salud, mediante charlas y campañas dirigidas a la población.

- e) Las instituciones de salud junto con los gobiernos locales y regionales deben de incluir programas de salud, partiendo de la educación, ya que más de la mitad de la población en estudio solo tuvo educación primaria y analfabetismo, si disminuimos las tasas de analfabetismo mejoramos también la educación en salud, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida relacionada a la salud de las personas con esta enfermedad y la de sus contactos, ya que son ellos los más propensos a desarrollar también la enfermedad.
- f) Si queremos mejorar la calidad de vida de los pacientes, tenemos que intervenir en los tres factores de manera paulatina y consecutiva, el primero enfocado a acciones que mejoren el rol físico y el rol emocional de los pacientes, como terapia psicológica; en segundo plano mejorar la función física, vitalidad y el dolor corporal mediante terapia física y de dolor y finalmente la salud mental y función social que es la menos percibida por los pacientes.
- g) Comprometer a los medios de comunicación y redes sociales sobre políticas de salud, interaccionando a la población, con sentido de identidad social, pertenencia y participación, fomentando conductas saludables e incremento de la autoestima.
- h) Hay 3 niveles en los que se puede trabajar para mejorar la calidad de vida de manera subsecuente: el primero conformado por el rol físico y el rol emocional, el segundo por la función física, la vitalidad y dolor corporal y el tercero conformado por la salud mental y función social.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 17 ed. España: Elsevier; 2012. p. 2073-2085.
2. Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. *Semin Respir Crit Care Med.* 2008; 29:481-91.
3. Goldman L, Ausiello D. Cesil, Tratado de Medicina Interna. 23 ed. España: Elsevier; 2009. p. 2298-2306.
4. Salvador R, Márquez R. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Med Inst Mex.* 2010; 48 (1): 91-102.
5. Arostegui, I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española.* 2008; 50 (167): 147-192.
6. González R, Lupercio A, Hidalgo G, León S, Salazar J. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). *Rev Salud Uninorte.* 2013;29 (1): 13-21.
7. Fernández, M, García, M, Pérez, J. Impacto de la tuberculosis pulmonar en la calidad de vida de los pacientes. Un estudio de casos y controles. *Rev Invest Clin.* 2011; 63(1): 39-45.

8. Sanz, B, Blasco, T. Conocimientos, actitudes y percepciones de la población inmigrante latinoamericana enferma de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. España. Elsevier. 2009; 41(4): 193-200.
9. Guo N, Marra F, Marra CA. Measuring health-related quality of life in tuberculosis: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7: 14.
10. Hansel N, Wu A, Chang B, Diette G. Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research* 2004; 13: 639-652.
11. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Pérez B, Sánchez M, Londoño A. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *An. psic* 2007; 23(2): 245-252.
12. Chang B, Wu A, Hansel N, Diette G. Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature. *Quality of Life Research* 2004; 13: 1633-1642.
13. Fuentes L. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. 2009; 26(3).
14. Salvador R, Márquez R. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Med Inst Mex*. 2010; 48 (1): 91-102

15. Marcos F, Blanco A, Yzusqui M, Vizuete A, Magallanes J. Tuberculosis. *Medicine*. 2014; 11(52): 3054-62.
16. Riley L. Natural history, microbiology, and pathogenesis of tuberculosis. *Uptodate*. 2015.
17. Pozniak A. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis. *Uptodate*. 2015.
18. MINSA. Norma técnica de salud N° 101-1-MINSA/DGSP.V.01 “Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis”, aprobada por RM N° 715-2013/MINSA, Lima 2013.
19. Zumla A, Raviglione M, Hafner R, Fordham von Reyn C. Current concepts: Tuberculosis. *N Engl J Med*. 2013; 368: 745-55.
20. Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG*. 2009; 6(9): 10-25
21. Vinaccia S, Margarita J. Quality of life related to health and chronic disease: Colombian studies. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2012; 6 (1): 123-136.
22. Urzúa A, Caqueo A. Quality of life: A theoretical review. *Terapia Psicológica*. 2012; 30 (1): 61-71.

23. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*. 1995; 41: 1403 - 1409.
24. Hollanflsworth JG. Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine*. 1988; 26: 425-434.
25. Felce, D., & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*. 1995; 16: 51 - 74.
26. Arostegui I, Núñez V, Quintana Y. Analysis of the Short Form – 36 (SF-36): The beta-binomial distribution approach. *Statistics in Medicine*. 2007; 26(6): 1318-1342.
27. Patrick, D., Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York. 1993.
28. Naughton, M.J.; Shumaker, S.A.; Anderson R.T.; Czajkowski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. 1996; 15: 117-131.
29. Arostegui, I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Estadística Española*. 2008; 50 (167): 147-192.

30. Madrigal M, Velandrino A, Ruzala M. Evaluación de Estudios de Calidad de Vida relacionada con la Salud. *Murcia Salud*. 2011; 17: 467-578.
31. Dhuria M, Sharma N, Narender Pal Singh, Ram Chander Jiloha, Saha R, Gopal Krishan. A study of the impact of tuberculosis on the quality and the effect after treatment with DOTS. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21: 312-20.
32. Dhingra VK, Rajpal S. Health related quality of life scoring (DR-12 score) in tuberculosis-additional evaluative tool under DOTS. *J Commun Dis* 2005; 37: 261-8.
33. Wang Y, Lii J, Lu F. Measuring and assessing the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 1988; 21: 720-3.
34. Guryleva ME, Gerasimova OI. Characterization of life quality in patients with respiratory tuberculosis treated in the outpatient setting. *Probl Tuberk* 2008; 8: 10-12.
35. Maguirre GP, Anstey NM, Ardian M, Waramori G, Tjite E, Kenangalem e, Handoyo T, et al. Pulmonary tuberculosis, impaired lung function, disability and quality of life in a high-burden setting. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 1500-06
36. Cruz R, De albuquerqueM, Campelo AR. Pulmonary tuberculosis: association between extent of the residual pulmonary lesion and alteration in the lung function. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54: 406-10.

10. ANEXOS

ANEXO 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS EN EL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN.**

Cajamarca, 2015.

Por medio de la presente declaro que mi persona, previa información ofrecida por la interesada en mi caso, con pleno conocimiento de causa y haciendo uso de mis facultades mentales tengo la intención de participar en el trabajo de investigación con fines puramente académicos, sin coacción alguna. La alumna de medicina solicita mi permiso para considerar los datos personales que le proporcionaré en un estudio prospectivo así como mi colaboración para resolver el cuestionario antes y después de terminar mi tratamiento antituberculoso; y que dichos datos serán utilizados únicamente con fines profesionales. Me ha informado también que mi identidad no será revelada y velará por que mi pudor se mantenga intacto.

Por lo anterior autorizo a la Srta. Liliana Lozada Mego la reproducción de la información brindada.

Alumna: Liliana Lozada Mego

DNI: -----

Paciente: -----

DNI: -----

ANEXO 2**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

a. FECHA: / /

b. DIAGNÓSTICO:

- ✓ Clínico.....
- ✓ PPD.....
- ✓ Placa de tórax.....
- ✓ Baciloscopía.....
- ✓ Cultivo.....

c. ESPECIALIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA:

- Neumología Infectología Medicina Interna Otro

d. SEXO:

- Masculino Femenino

e. EDAD:

- ✓ 15-30 años.....
- ✓ 31-45 años.....
- ✓ 46-60 años.....
- ✓ 61-75 años.....
- ✓ >75 años.....

f. OCUPACIÓN:

Empleado Cual: -----

Desempleado

g. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

• Analfabetismo.....

• Primaria.....

• Secundaria.....

• Superior.....

h. ESTADO CIVIL

➤ Casado.....

➤ Soltero.....

➤ Conviviente.....

➤ Divorciado.....

➤ Viudo.....

ANEXO 3**CUESTIONARIO SF-36**

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, ¿diría usted que su salud es: (marque un solo número.)

- Excelente ?.....1
- muy buena ?.....2
- buena ?.....3
- regular ?.....4
- mala ?.....5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (Marque un solo número.)

- Mucho mejor ahora que hace un año.....1
- Algo mejor ahora que hace un año.....2
- Más o menos igual ahora que hace un año.....3
- Algo peor ahora que hace un año.....4
- Mucho peor ahora que hace un año.....5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(Marque un número en cada línea.)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades ?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

(Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas? (Marque un solo número.)

- Nada en absoluto.....1
- Ligeramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremadamente.....5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas? (Marque un solo número.)

- Ninguno.....1
- Muy poco.....2
- Poco.....3
- Moderado.....4
- Mucho.....5

Muchísimo.....6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)? (Marque un solo número.)

Nada en absoluto.....1

Un poco.....2

Moderadamente.....3

Bastante.....4

Extremadamente.....5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...

(Marque un número en cada línea.)

	Siempre siempre	Casi veces	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. Ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo a?	1	2	3	4	5	6
d. Se ha sentido tranquilo, a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6

f. Se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(Marque un solo número.)

- Siempre.....1
 Casi siempre.....2
 Algunas veces.....3
 Casi nunca.....4
 Nunca.....5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque un número en cada línea.)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5