



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Calidad de vida relacionada con la salud y depresión en
pacientes afectados con tuberculosis pulmonar Centro de
Salud Márquez, 2023

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Oblitas Cervantes, Rosmery (orcid.org/0000-0002-4754-9573)

Perez Chinchano, Juana (orcid.org/0000-0002-4421-0566)

ASESORA:

Dra. Rivero Álvarez, Rosario Paulina (orcid.org/0000-0002-9804-7047)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas y Gestión en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios y a nuestros padres, con mucho amor y cariño dedicamos nuestro esfuerzo puesto en la elaboración y culminación de esta tesis.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, porque está con nosotras siempre guiándonos en todo momento, a nuestra madre por su apoyo incondicional, comprensión y a cada una de las personas que de una u otra forma estuvieron alentándonos para no desfallecer y poder culminar la tesis con éxito.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RIVERO ALVAREZ ROSARIO PAULINA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar Centro de Salud Márquez, 2023", cuyos autores son PEREZ CHINCHANO JUANA, OBLITAS CERVANTES ROSMERY, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

LIMA, 05 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RIVERO ALVAREZ ROSARIO PAULINA DNI: 06170844 ORCID: 0000-0002-9804-7047	Firmado electrónicamente por: RRIVERO el 11-12- 2023 10:26:58

Código documento Trilce: TRI - 0682763



Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, PEREZ CHINCHANO JUANA, OBLITAS CERVANTES ROSMERY estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar Centro de Salud Márquez, 2023", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
JUANA PEREZ CHINCHANO DNI: 70822747 ORCID: 0000-0002-4421-0566	Firmado electrónicamente por: PPEREZCHI el 05-12-2023 16:22:07
ROSMERY OBLITAS CERVANTES DNI: 71263659 ORCID: 0000-0002-4754-9573	Firmado electrónicamente por: OOBLITASCE el 05-12-2023 07:34:51

Código documento Trilce: TRI - 0682759

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	10
3.1. Tipo y diseño de investigación	10
3.2 Variables y operacionalización	10
3.3 Población, muestra y muestreo	11
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	11
3.5 Procedimientos.....	12
3.6 Método de análisis de datos	12
3.7 Aspectos éticos.....	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN.....	16
VI. CONCLUSIONES.....	20
VII. RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS	22

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en pacientes con tuberculosis afectados con pulmonar del Centro de Salud Márquez, 2023..22

Tabla 2. Relación entre la depresión de los pacientes con tuberculosis y dimensiones la calidad de vida del Centro de Salud Márquez, 202323

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión de los pacientes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Márquez, 2023. Metodología: Tipo básica, correlacional, cuantitativa, no experimental y transversal. Muestra: 80 adultos afectados con tuberculosis, se aplicó el cuestionario de calidad de vida de Olson Resultados: El mayor porcentaje presenta regular calidad de vida, Conclusión: La calidad de vida estuvo relacionada en forma moderada e inversa con la depresión -0.477 , con una significancia $p= 0,00$, en pacientes afectados con tuberculosis del Centro de Salud Márquez, Lima 2023.

Palabras clave: Calidad de vida, depresión, pacientes.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between health-related quality of life and depression of patients affected with pulmonary tuberculosis at the Márquez Health Center, 2023. Methodology: Basic, correlational, quantitative, non-experimental and transversal type. Sample: 80 adults affected with tuberculosis, Olson's quality of life questionnaire was applied Results: The highest percentage presented regular quality of life, Conclusion: Quality of life was moderately and inversely related to depression -0.477 , with a significance $p= 0.00$, in patients affected with tuberculosis at the Márquez Health Center, Lima 2023.

Keywords: Quality of life, depression, patients.

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) se considera una de las enfermedades más antiguas en la humanidad, fue una de las principales causas de muerte, debido a su alto poder de propagación detrás del COVID-19¹. Era muy común entre los sectores socioeconómicos bajos y los sectores marginados de la sociedad y se consideraba parte de la crisis pública y global durante los últimos 25 años². La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis en 2020; Además, se presentaron 9,9 millones de nuevos pacientes en todo el mundo³.

La tuberculosis en sus formas sensible y multidrogo resistente, posee efecto negativo en las personas afectadas, que las obliga a cambiar los hábitos y estilos de vida puesto la presencia síntomas clínicos dañinos como fatiga, dificultad para respirar, tos productiva, sudoración nocturna, hemoptisis y pérdida significativa de peso disminuye ostensiblemente el bienestar integral; además de los síntomas físicos, los pacientes también experimentan presiones psicosociales como el aislamiento, que provoca estrés y depresión que fue por la carga financiera del tratamiento y el posible despido del trabajo⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 3,8% de la población mundial padece de depresión lo cual, puede afectar negativamente a comportamientos relacionados con la salud, especialmente si se padece de una enfermedad que afectó negativamente la vida diaria, el empleo, la ingesta de alimentos, la actividad física; todo lo anterior, pudo sumarse a una atención médica limitada y la interrupción de la terapia establecida, lo que representa un desafío crítico para la erradicación global de tuberculosis⁵.

En Vietnam, se encontró en pacientes con tuberculosis tenían calidad de vida y el 17.8 % presentaron depresión⁶. En Yemen, se descubrió que el 72% de pacientes con tuberculosis padecía depresión severa, que duró hasta un año después de completar el tratamiento, el 12% padecía trastornos depresivos, estrés y baja autoestima⁷. Asimismo, en Indonesia, se demostró que la tuberculosis tuvo un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con una preparación académica deficiente⁸.

Por otro lado, en Suecia se reveló que el 28% los inmigrantes con tuberculosis mostraron ansiedad y depresión, así como diversos factores estresantes como miedo, ansiedad e incertidumbre sobre el diagnóstico y el tratamiento⁹. En México, se ha demostrado que la tuberculosis tenía un impacto negativo en la salud física y mental de los pacientes, sin embargo, mediante la farmacoterapia tuvo impacto positivo en la calidad de vida y a ello la mejoría de su estado de salud¹⁰.

Por otro lado, un estudio en Perú, expuso que los pacientes con presencia de tuberculosis recién diagnosticada se asociaron más fuertemente con puntuaciones más bajas de calidad de vida, que obtuvieron como resultado a riesgo de muerte con un 95 %¹¹. Otro estudio en Lima descubrió que la depresión estuvo presente en un 76%¹².

Ante la problemática descrita se planteó la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en pacientes afectados con tuberculosos del Centro Márquez, 2023?

Con respecto a la justificación teórica, el estudio intenta reforzar los estudios previos sobre la variable, luego de una exhaustiva revisión de la literatura; a fin de actualizarlos con nuevos resultados científicos fiables; cimentados en la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson, puesto que ambas variables tienen la meta de abarcar de forma integral a la persona.

El fin práctico que tuvo el estudio era poner en evidencia científica el riesgo de desarrollar nueva morbilidad, en personas con tuberculosis, para reforzar las intervenciones y estrategias de enfermería sobre la promoción de la salud y la prevención de formas graves de la enfermedad en cuestión mediante la identificación de factores de riesgo para los síntomas de depresión en pacientes con tuberculosis.

Por último, el valor metodológico radica en el uso estricto del método científico a lo largo de esta investigación, así como de las herramientas de investigación teórico-metodológicas disponibles para generar evidencias científicas que consoliden el uso de un instrumento de recolección de datos propuesto por la Organización Mundial de la Salud, debidamente traducido y validado para el uso en la realidad nacional.

El objetivo general determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión de los pacientes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Márquez, 2023. El objetivo específico del estudio fue: Establecer la relación entre la depresión de los pacientes con tuberculosis y la calidad de vida relacionada con la salud en las dimensiones, función física, rol físico, rol emocional, función social, dolor corporal, vitalidad, salud general, salud mental.

Finalmente, la investigación implicó el planteamiento de la hipótesis: H1: Existe relación directa y significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión de los pacientes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Márquez, 2023. H0: No existe relación directa y significativa entre calidad de vida relacionada con la salud y depresión de los pacientes afectados con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Márquez, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

Yohannes et al 2020, Etiopía, demostraron que 415 pacientes con TB tuvieron prevalencia de síntomas depresivos del 45% (IC 95%; 41,1-50,1%); El 33% tenía depresión moderada, el 10% depresión moderada y el 3% depresión severa. El apoyo social deficiente (AOR = 4,21; IC del 95 %: 2,10-8,47) y la coinfección por tuberculosis/virus de inmunodeficiencia humana (TB/VIH) (AOR = 3,96; IC del 95 %: 2,0, 7, 84 se asociaron significativamente con la depresión¹³.

Neves, Castrighini, Reis, Canini, Gir 2019, Brasil, evaluaron a 57 entrevistados, la mayoría de los cuales eran hombres, heterosexuales, con baja educación e ingresos. Las puntuaciones de calidad de vida y apoyo social fueron medias; el apoyo instrumental, los dominios físicos y las relaciones sociales están correlacionados, mientras que el apoyo emocional se correlacionó con todos los dominios excepto el espiritual¹⁴.

Fang, Chen, Tang, Mao 2022, realizaron un análisis que mostró niveles significativamente más bajos de IMC, hemoglobina y prealbúmina en el grupo de depresión que en el grupo de control (P <0,05). Además, el estatus social difirió significativamente entre los grupos (P y < 0,05). Además, las transaminasas de glutamina piruvato y las transaminasas de oxalato de glutamina fueron significativamente mayores en el grupo de depresión que en el grupo de control (P <0,05). El análisis de regresión logística multivariable mostró que el IMC [odds ratio[OR] = 1,21, intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,163-1,257, p; 0,001] y el funcionamiento social deficiente (OR = 0,95; IC del 95 %: 0,926-0,974, p = 0,038) se asociaron de forma independiente con la depresión¹⁵.

Barrera, Narváez, Caiza 2020, Ecuador, estudiaron los casos con las puntuaciones más altas de calidad de vida en comparación con los controles (DM = 34,11 IC 29,7-38,4), mientras que la dimensión más afectada fue el funcionamiento físico (DM = 46,5 IC 39,2-53,8) y el menor dolor corporal (DM = 24,1) IC. 16,9–31,4)¹⁶.

Febi, Manu, Mohapatra, Praharaj, Guddattu 2021, estudiaron 86 pacientes, de los cuales 21 (24,4%) presentaban síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento, que disminuyeron al 5,8% y al 1,2% a los 2 meses y al final del tratamiento,

respectivamente ($p < 0,001$). De los sujetos, 18 (20,9%) pacientes tuvieron depresión, que disminuyó al 7% y al 2,3% después de 2 meses y al final del tratamiento, respectivamente ($p < 0,001$). Todas las puntuaciones medias de los dominios de CVRS fueron deficientes al inicio del estudio y mostraron una mejoría al final del tratamiento ($p < 0,001$)¹⁷.

Ibarra E. 2020, realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la formación del autoconcepto familiar y social que experimentan las personas durante la adolescencia y los vínculos que forman con el tiempo que comparten con amigos y entornos familiares a lo largo de la vida. El diseño aplicado en este estudio fue cuantitativo, debido a que se utilizó como herramienta de recolección de datos un cuestionario para el concepto de Self llamado Forma-5, el cual se aplicó a un total de 150 personas, de las cuales 75 participantes fueron hombres y otro grupo. . Estaba formado por 75 mujeres. Los resultados del estudio mostraron que cuando un joven pasa menos tiempo en su entorno social, la línea de desarrollo del yo familiar crece, por lo que las relaciones familiares seguían siendo una parte integral del crecimiento y desarrollo humano¹⁷.

Dasa, Roba, Weldegebreal et al 2019, Realizaron un estudio en el que participaron 403 pacientes con tuberculosis. La prevalencia de depresión en pacientes con tuberculosis fue del 51,9% (IC 95% = 42,7; 62,2%) y del 34,2% en los casos leves. En nuestro análisis de regresión logística, los pacientes con tuberculosis menores de 25 años tenían una probabilidad de depresión de 0,5 (efecto protector del 50%) [AOR = 0,5, IC 95%: 0,26 - 0,99], mientras que los pacientes con un ingreso mensual en el percentil 25 eran cuatro veces más probabilidades de desarrollar depresión [AOR = 3,98, IC 95%: 2,15-7,39]¹⁸.

Zuo, Dong, Zhang et al 2022, estudiaron un total de 454 participantes en el análisis final. Después de 2 meses de intervención de TCC, el grupo de TCC tuvo una puntuación GAD-7 que fue 1,72 inferior a la del grupo control (1,47-1,99, $p < 0,001$), una puntuación PHQ-9 del grupo TCC que fue 2,05 inferior a la del grupo control (1,74-2,37, $p < 0,001$). El grupo TCC tuvo una puntuación total del SF-36 10,7 inferior a la del grupo control (IC 95%: 7,9-13,5, $p < 0,001$). En pacientes con diferentes grados en depresión y ansiedad, solo aquellos en el grupo de intervención que tenían síntomas leves y moderados de ansiedad y depresión

mostraron una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad y depresión después de la intervención¹⁹.

Zhu, Zhu, Jiang et al 2021, estudiaron adultos que viven en la comunidad y adultos mayores con altas tasas de enfermedades crónicas y puntuaciones bajas en el SF-

36. El matrimonio, la situación laboral actual, la edad, el apoyo social, el tipo de trabajo, la presencia de enfermedades crónicas y el número de hijos se correlacionaron positivamente con la calidad de vida prevista en la escala SF-36²⁰.

Jonis, Guzmán, Llanos 2022, en su estudio la tasa de rechazo fue del 18,3% (n=28), mal acuerdo 42,5% (n=65) y depresión 53,6% (n=82). Los síntomas depresivos se asociaron con la interrupción [RR = 2,16; IC 95% (1,01–4,60)] y mala adherencia [RR = 2,09; IC 95% (1,36–3,22)]²¹.

Llanos, Ponce, Chang 2019, evaluaron pacientes, entre ellos 28 hombres y 22 mujeres, diagnosticados con tuberculosis pulmonar y con estado nutricional normal. El ausentismo promedio fue del 6,5%, el 38% de los pacientes fueron clasificados como indeseables y la depresión fue del 76%. Se determinó una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el apego y la depresión según los instrumentos utilizados. Una relación comprometida²².

Matute, Ramos 2021, estudiaron la edad media de los participantes, que era de 44 años. Por género, el 53,1% (n=34) son hombres y el 46,9% (n=30) son mujeres. La calidad de vida promedio fue 57,8% (n=37), seguida del nivel bajo 35,9% (n=23) y el nivel alto 6,3% (n=4). La condición física promedio medida en metros fue del 73,4% (n=47); en salud mental el nivel promedio fue del 75% (n=48); nivel medio de relaciones sociales 56,3% (n=36); finalmente, en ambientes medianos, el 75% (n = 48)²³.

En relación a calidad de vida, Olson mostró como referencia a su teoría de dominio, la cual consideraba fundamental en el análisis de la calidad de vida en las personas, formando una valoración de justificación de una gestión significativamente diferente, que era responsabilidad de cada individuo, una persona; donde el nombre de dominio está dirigido a una determinada etapa de la vida como resultado, como matrimonio y familia, amistades, región, etc.²⁴.

La Organización Mundial de la Salud define, calidad de vida como la percepción que tuvo una persona de su posición en la vida en relación con cultura y el sistema de valores en el que vivió, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones²⁵. Tratar la calidad de vida; esto lo atribuyeron a una adaptación entre éste y un factor ambiental; así, se pudo demostrar que la calidad de vida se encontraba en la dimensión según la cual las personas deberían alcanzar una alta satisfacción con un entorno ideal.

La calidad de vida se relacionó con la salud tiene ocho dimensiones: el funcionamiento físico mide cuán limitados son los problemas de salud limitan el funcionamiento físico, por ejemplo: el cuidado personal, caminar, subir escaleras,

agacharse, sostenerse o cargar y cargar²⁶. La dimensión del rol físico examina cómo la salud interfirió con muchos trabajos y otras actividades de la vida diaria (AVD), de modo que conducen a un desempeño peor o limitado en las actividades que pueden realizar, o dificultad para realizar tareas que realizan por sí solos.

El rol emocional midió el grado de los problemas emocionales afectaron el trabajo y la vida diaria, teniendo en cuenta las reducciones en el consumo de tiempo, la eficiencia y el compromiso. En términos de funcionamiento social, esta medida examinó en qué medida los problemas emocionales causados por su estado de salud interfirieron con la vida social normal. La dimensión del dolor corporal examinó cómo el dolor percibido se refleja en el trabajo normal y en las AVD. Dentro de la vitalidad, esta dimensión buscó ver la sensación de energía y calidad de vida ante el cansancio y la depresión.

La dimensión general de la salud examinó las percepciones de las personas sobre su estado de salud, incluidas las condiciones actuales, las perspectivas futuras y la resistencia a las enfermedades. Finalmente, la última dimensión de la salud mental analizó la salud mental en general, teniendo en cuenta aspectos como la depresión, la ansiedad, el autocontrol y el bienestar general.

Respecto a depresión, Aaron Beck mostró su teoría cognitiva, que existió una conexión entre los sentimientos y emociones experimentados y pensamientos del individuo sobre lo que piensa sobre sí mismo, su entorno, su vida y los problemas que la atormentan. Cuando las emociones son fuertemente negativas, el

comportamiento se vuelve desadaptativo, lo que hace que los problemas persistan o empeoren²⁷.

En cuanto a la depresión, Utamingtyas, Shanti, Prastuti y Tri 2022 lo definieron como una palabra que representa una variedad de sentimientos, desde disgusto personal hasta problemas graves que interfieren en la vida diaria, caracterizados por un estado de ánimo negativo e indiferencia ante la vida. que dura al menos dos semanas o más y ocurre cuando una persona experimenta decepción²⁷. El aspecto cognitivo se refiere a los cambios emocionales, implica que la persona exprese emociones sin poder realizar las actividades diarias, tristeza, desesperanza, sentimientos de impotencia, tristeza e incluso contemplar el suicidio²⁸.

En cuanto al dominio afectivo, esta dimensión contenía varias modificaciones; al igual que ocurrió con el sueño, las personas deprimidas solían tener problemas para conciliar el sueño. Irónicamente, se despiertan más temprano; también hay cambios en el gusto que pueden progresar y volverse dañinos con el tiempo; los pacientes solían estar estreñidos.

La somatización también está relacionada con esta tercera dimensión y suele ser muy común en quienes padecen depresión, este es un problema recurrente cuando una persona, en este caso una enfermera, presenta síntomas, la actividad física afecta muchas partes del cuerpo, siente dolor corporal, y que en este caso es enfermera. o los síntomas psicológicos que la persona pueda experimentar pueden ser reales; a su vez, cambia en parte el comportamiento y su desarrollo en la familia y en el trabajo²⁹.

A partir de la evaluación de Callista Roy, que integró diagnósticos clave, criterios de resultado e intervenciones diseñadas para mejorar la calidad de vida del paciente con tuberculosis, la enfermera se convirtió en defensora de la estricta adherencia al tratamiento, animando al paciente a seguirlo y brindándole consejos personalizados, involucrando a su familia y orientándolo hacia una buena gestión de la calidad de vida y las actividades de la vida diaria. El plan estratégico para el tratamiento de la drogadicción es realizado por una enfermera que está preparada para identificar desviaciones de salud junto con el paciente, facilitar la implementación de medidas y actividades en función de la desviación y proponer

nuevas metas en función del progreso o fallas que pueden observarse o evaluarse después de que se hayan completado las intervenciones³⁰.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación:

Fue un estudio de tipo básica; este estudio se enfoca en producir conocimientos relevantes sobre los hechos o eventos observados en ambas variables. De enfoque cuantitativo, dado que los datos que fueron recopilados se utilizaron para confirmar la hipótesis, donde fue el análisis estadístico quien creó una medida numérica³².

3.1.2 Diseño de Investigación:

De diseño no experimental, se observaron los fenómenos en su medio natural y luego se analizaron sin manipulación de variables³³. Fue transversal, se hizo la recolección de los datos que pasaron en un momento y tiempo determinado³⁴. Y correlacional ya que pudo medir la relación de dos variables y enfatizar en el nivel, dirección y significancia³⁵.

3.2 Variables y operacionalización:

Definición conceptual: La calidad de vida cuando se relacionó con la salud correspondió a la evaluación que hace un individuo de su salud y su capacidad para funcionar en las actividades diarias.

Definición operacional: Se aplicaron el Cuestionario de salud SF-36, cuyas dimensiones fueron función física, rol físico, dolor corporal con dos preguntas, dimensión de salud general con 5 preguntas, dimensión de vitalidad con 4 preguntas, dimensión función social con 2 preguntas, dimensión de rol emocional con 3 preguntas y dimensión de salud mental con 5 preguntas, todas con alternativas de respuesta en escala tipo Likert²⁴.

Definición conceptual:

Depresión: Según la OPS- depresión, una enfermedad común, a la vez grave que interfiere en la vida diaria, que fue a causa de una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Definición operacional: El inventario de depresión de Beck (BDI), instrumento que fue original, lo cual, consta de 21 ítems, por otro lado, la adaptación peruana constó de 19 ítems, está dividido en dos dimensiones: cognitivo-afectivo (ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,13) y somático motivacional (ítems 10, 11,12,14,15,16,17,18,19).

La puntuación se da en escala tipo Likert las cuales van del 0 al 3. La puntuación general es de la siguiente manera: depresión mínima (0-10 p.), depresión leve (11-15 p.), depresión moderada (16-21 p.) y depresión severa (22-57p). Así mismo, en cuanto a los puntos por dimensiones es categorizada de la siguiente manera: dimensión Cognitivo/afectivo: 14 depresión mínima (0-3 p.), depresión leve (4-7 p.), depresión moderada (8-11 p.) y depresión severa (12-30 p.); por otro lado, para la dimensión somático/motivacional: depresión mínima (0-6 p.), depresión leve (7-9 p.), depresión moderada (10-11 p.) y depresión severa (12-27 p)²⁵.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: Fue constituida por 80 pacientes consignados en el programa de tuberculosis del Centro de Salud de Márquez. **Muestreo:** Se realizó un muestreo de tipo intencional (no probabilístico). Respecto a criterios de inclusión se consideró a pacientes con TBC que pertenecieron al programa del centro de salud escogido, pacientes con mayoría de edad, pacientes lúcidos y orientados, pacientes que decidieron participar voluntariamente en la investigación, por otro lado, el criterio de exclusión se consideró a los pacientes que no estuvieron presentes el día que se aplicó el instrumento para la recolección de datos, pacientes discapacitados o hayan sufrido de alguna afección mental y pacientes menores de edad.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta y su instrumento, la cual se aplicó un cuestionario por cada variable.

Variable 1: Calidad de vida

La encuesta fue aplicada en el momento en que los pacientes acuden a los diversos centros de salud a recibir sus planes terapéuticos, aquí fueron captados por personal de salud previamente informados y orientados por el investigador, estos le informaron y explicaron el plan, desarrollo y fin de la investigación en la que se le invita a participar; en caso ya sea por falta de tiempo u otro motivo no se concrete esta acción, por medio de los datos registrados personales de los pacientes, se le hizo una llamada telefónica en la cual se re el mismo procedimiento de explicar e informar el objetivo y mecanismo de la encuesta. Una vez obtenido el consentimiento, el paciente respondió a 2 cuestionarios, siendo uno de ellos todo lo que concierne a sus datos epidemiológicos y el Sf-36, que como su mismo

nombre lo dice, consta de 36 preguntas dividido en 8 dimensiones y tiene como fin medir la calidad de vida.

Al finalizar la encuesta (tiempo previsto 15 minutos), se recogieron ambos formularios para su posterior análisis estadístico. Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario de información epidemiológica y el cuestionario "SF-36", el cual estructuralmente consta de 8 dimensiones, que son función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional. y salud mental. Este cuestionario fue desarrollado en Estados Unidos en la década de 1990 y ha ganado amplia aceptación en todo el mundo y en diversos campos de la atención sanitaria relacionados con la calidad de vida. Cabe señalar que "este cuestionario ha sido validado en varias partes del mundo, incluido el Perú. Su alta confiabilidad porque tiene un alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0,7 a 0,8"³⁶.

Variable 2: Depresión Para la presente investigación se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II. Este inventario fue originalmente elaborado por Beck y colaboradores en 1961, posteriormente fue actualizado en 1996 para denominarse Inventario de Depresión Beck II. Es un instrumento de autoaplicación para discriminar a sujetos con y sin depresión mayor. Consta de 21 ítems. Es de carácter unidimensional. El test fue validado en una población hospitalaria constituida por 400 pacientes entre 17 y 71 años en la ciudad de Lima (Barreda, 2019). El instrumento arrojó una confiabilidad de alfa de Cronbach aceptable (alfa=.770).

3.5 Procedimientos

Se presentó el trabajo de investigación a los responsables del Centro y sus áreas correspondientes, para su aprobación y posterior aceptación, se solicitó en el programa de TBC, la relación de pacientes con el número telefónico. Con el entrevistado, se le entregará el consentimiento informado a fin de proceder a encuestar de forma presencial o directa.

3.6 Método de análisis de datos

Luego de recolectar los datos mediante los instrumentos, estos fueron vaciados en el programa SPSS versión 26, que permite el análisis y cálculo de datos; también se prepararon tablas y gráficos para describir los resultados.

3.7 Aspectos éticos

El estudio consideró: la autonomía, entendida como un aspecto ético que regula la integridad de una persona, priorizando el respeto a la toma de decisiones como virtud humana, por lo que los participantes del estudio tienen plena libertad para decidir sobre su participación en el proyecto mediante la firma de un consentimiento informado dado que los pacientes tenían derecho a consentir su cooperación con el instrumento, ya que se trata de un estudio de investigación.

La no maleficencia, definido como una perspectiva ética que evita daño físico o mental intencional, porque se respetó la decisión de los pacientes de participar o no en el proyecto, cumpliendo con lo indicado en el consentimiento informado.

Ahora bien, definimos la beneficencia como una de las razones éticas que prioriza esta investigación, entendiéndola como el principio que incita a actuar en beneficio de los demás, promoviendo el bien y priorizando el bienestar, por lo que la aplicación del instrumento se realizó bajo consentimiento y la identidad de los participantes se mantuvieron bajo anonimato.

Finalmente, el principio de justicia se refiere al cuidado de cada persona, buscando evitar la exclusión injustificada y compartir equitativamente los cuidados, tratamientos, beneficios, costos y oportunidades. Por lo tanto, los pacientes del Centro de Salud fueron invitados a participar del estudio, pero son ellos quienes autorizaron su participación en el proyecto.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en pacientes con tuberculosis afectados con pulmonar del Centro de Salud Márquez, 2023.

			Depresi ón		Calidad de Vida
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	de 1,000		-,477**
		Sig. (bilateral)	.		,000
		N	80		80
	Calidad de Vida	Coefficiente de correlación	de -,477**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000		.
		N	80		80

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

Después de la aplicación el coeficiente de correlación de Spearman, se comprueba que existe correlación inversa, moderada y significativa entre la depresión y calidad de vida en pacientes afectados con tuberculosis -0.477, $p= 0,00$. Se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 2: Relación entre la depresión de los pacientes con tuberculosis y dimensiones la calidad de vida del Centro de Salud Márquez,2023

	Correlación	Depresión
	Coefficiente de correlación	-0,544
	Función	Sig. (bilateral)
	Física	N
	Coefficiente de correlación	-0,579
	Rol	Sig. (bilateral)
	Físico	N
	Coefficiente de correlación	-0,441
	Rol	Sig. (bilateral)
	Emocional	N
	Coefficiente de correlación	-0,052
	Función	Sig. (bilateral)
	Social	N
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-0,296
	Dolor	Sig. (bilateral)
	Corporal	N
	Coefficiente de correlación	-0,307
	Vitalidad	Sig. (bilateral)
		N
	Coefficiente de correlación	-0,578
	Salud	Sig. (bilateral)
	General	N
	Coefficiente de correlación	-0,722
	Salud	Sig. (bilateral)
	Mental	N

El coeficiente de correlación es alto e inverso entre depresión y salud mental -0,722, moderado e inverso con las dimensiones función física -0,544, salud general -0,578 y rol físico -0,579, débil o baja con la dimensión rol emocional -0,441.

V. DISCUSIÓN

La tuberculosis, por ser una enfermedad que involucra creencias erróneas, como asociada a condiciones de vida deplorables o grupos poblacionales con problemas de alcoholismo, drogadicción y enfermedades sexuales; genera aislamiento por parte de la familia, sociedad y hasta del propio personal de salud, la estigmatización, la soledad, la sintomatología, la incertidumbre, el miedo al desempleo puede causar trastornos depresivos o ansiosos en los pacientes, que en muchas ocasiones son proclives a abandonar el tratamiento, sin tomar en cuenta el efecto negativo que conlleva, por tal motivo esta investigación exhibe como objetivo general determinar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión de los pacientes afectados con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Márquez, 2023.

Esta investigación se reveló una correlación inversa moderada de -0.477 , entre ambas variables calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar, con una significancia estadística de $p < 0.05$; estos datos encuentran asidero en el estudio de Yohannes et al, 2020, en Etiopía, pues había síntomas depresivos en el 45% de 415 pacientes con tuberculosis, así mismo, encontraron diferencias significativas entre el apoyo social deficiente y la depresión¹³, los pacientes con tuberculosis que entran en las categorías de riesgo deben ser apoyados por las redes comunitarias o sociales y monitoreados más cuidadosamente por las enfermeras para detectar la depresión y, cuando sea posible, remitidos a profesionales de la salud mental.

En esta investigación la calidad de vida en pacientes afectados con tuberculosis estaba relacionada con las dimensiones de la calidad de vida y la depresión con una correlación alto e inverso de $0,722$; estos datos no concuerdan con Neves, Castrighini et al, 2019, investigaron en Brasil la calidad de vida y apoyo social de 57 adultos la cual fueron medias, más no se encontraron diferencias significativas¹⁴, los hallazgos tampoco se diferencian de Fang, et al 2022, al determinar la diferencia de la calidad de vida de los pacientes se daría por cuestiones de salud de vida y las características clínicas entre los pacientes, al considerar el déficit de la hemoglobina como contribución en la tuberculosis¹⁵.

Respecto a estas comparaciones si existe relación entre la calidad de vida y la depresión en personas afectados con tuberculosis, generalmente los estudios comparan de forma profunda la relación que existe entre la calidad de vida y la depresión, asimismo, la enfermera oportunamente se enfocaron el autocuidado encada uno de ellos con la finalidad de evitar secuelas.

La tuberculosis en la etapa activa conlleva hacia una inadecuada calidad de vida al mismo tiempo que influye en su estado de ánimo del paciente, crea una sensación de incertidumbre hacia el futuro o una recuperación total, desánimo, aislamiento y probablemente bajo autoconcepto y eso podría conllevar cambios en los aspectos emocionales³².

En esta investigación Zhu, Zhu, Jiang et al 2021 la calidad de vida debe entenderse como aquella mirada que tiene el ser humano en torno al medio ambiente, el mismo contexto, la cultura y los valores al cual la persona se encuentra circunscrito donde todos los factores se vinculan con la salud, es decir el nivel de calidad de vida se relaciona con la salud (CVRS), en tanto este es un factor que permite disponer las consecuencias que genera una enfermedad en un individuo y la forma en que esta desfavorece a todos los aspectos de la vida de la persona, el cual está determinado por el proceso salud-enfermedad incluyendo su terapéutica²⁰.

En esta investigación Llanos, Ponce, Chang 2019, este estudio demostró porcentualmente una mala calidad de vida en “función física” 45%, “función social” 40% y “dolor corporal” 44%. Así mismo, percibieron un nivel regular en las dimensiones “rol emocional” 47%, “salud mental” 49% y “salud general” 42 42%, los datos son coherentes con el realizado por Giraldo et al, en Colombia, en 33 pacientes con TBC, y a pesar de la muestra reducida mostró impacto negativo en la calidad de vida para las dimensiones función física, mental y el desempeño a nivel social. En este estudio la similitud se da en las dimensiones “función física” y “función social” donde se evidencia una necesidad de atención multidimensional. También se encontró una ligera relación con el estudio realizado por Gómez el cual encontró como resultado que existe una mala calidad con un valor porcentual del 66.7%, esto referido a que los usuarios manifiestan un ambiente familiar disfuncional; un 33.3% tiene una categoría de “tendencia a baja calidad vida”²². Otra investigación similar a las antes citadas, es la realizada por los investigadores Souza et al 2020, en la cual se pudo determinar que el apoyo social brinda una

ayuda pertinente y mitiga las distintas consecuencias negativas en distintos aspectos de la enfermedad, aumentando la calidad de vida de cada paciente²³.

El estudio en la dimensión “social” es donde los pacientes presentan una mala calidad de vida, por tanto, es necesario atender ello. Un estudio con resultados diferentes fue el de Ocaña llevado a cabo en la ciudad de Guayaquil, 46 pacientes, sin embargo, en su estudio los pacientes manifestaron tener una calidad de vida buena.

Los resultados se pueden explicar si la depresión en pacientes con esta enfermedad suele estar influenciada por diversos factores como los ambientales, demográficos, biológicos, sociales, psicológicos y económicos³⁶, es decir, el entorno en el que vive el sujeto; Por ello, existen varios estudios que han relacionado con éxito los síntomas de la depresión con la soledad, las condiciones de vida inciertas, el abandono familiar y más, lo que a su vez afecta la calidad de vida de una persona. Entre esos estudios, Acosta et al. Muchos de estos factores también están relacionados con cómo un individuo experimenta su calidad de vida, por ejemplo Schalock y Verdugo definen este término como un bienestar deseado determinado por diversos componentes, que a su vez están influenciados por factores personales. , que incluyen el bienestar físico, la inclusión social, el bienestar emocional, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, el bienestar material, la autodeterminación y el ejercicio de los derechos, condiciones que también se relacionan con el contexto general en el que se desarrolla una persona³⁷.

Si tanto la depresión en el paciente como la calidad de vida del mismo están determinadas por las condiciones de existencia de la persona, es esperable que exista cierta regularidad entre las variables, la cual se ve expresada en el estadístico calculado. Respecto a la caracterización de las variables en la muestra de estudio, se pudo encontrar que con respecto a la calidad de vida la mayoría de los participantes presentó niveles bajos o medios de calidad de vida, siendo, ínfimo el porcentaje de la población con niveles altos de la variable, ello puede deberse a condiciones de vida poco adecuadas, además si el promedio de edad de la muestra está por arriba de los 80, es de esperarse que las condiciones de salud estén más deterioradas, el nivel de calidad de vida de los mismos.

Así mismo, el Modelo de adaptación de Calixta Roy, demuestra que la capacidad para la adaptarse depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación, las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia, ello, se ve reflejado en las condiciones logradas por metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio, es por esta razón que la teorizante está ligada al cuidado de enfermería de pacientes con tuberculosis, relacionado al afrontamiento del paciente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, alimentación, higiene, aislamiento²³. Por otro lado, en cuanto a la depresión Aaron Beck y su Teoría Cognitiva asegura que existe relación entre el pensamiento, las emociones y el sentir que vive la persona cada día, esto quiere decir que, al haber sentimientos negativos el comportamiento se desadaptada de tal manera que los problemas pueden perdurar o en algunos casos complicarse²⁵.

Por otro lado, para la realización del estudio, se tuvo dificultades que fueron superadas y no significaron un perjuicio para la ejecución del proyecto, pero consideramos necesario discutir las para fin de que sean consideradas en otros estudios.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: La calidad de vida está relacionada en forma moderada e inversa con la depresión -0.477 , $p= 0,00$, en pacientes afectados con tuberculosis del Centro de Salud Márquez

SEGUNDA: La dimensión de la calidad de vida salud mental se relaciona de manera inversa y alta con la depresión en pacientes afectados con tuberculosis, con una significancia estadística de $-0,722$. Las dimensiones función física se relaciona de forma inversa y moderada con la depresión $-0,544$, salud general $- 0,578$, rol físico $-0,579$; la dimensión rol emocional se relaciona inversa y baja con la depresión $-0,441$.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA: A las autoridades del Centro de Salud Márquez, deben trabajar en forma coordinada en la promoción de salud mental de la población con tuberculosis, promoviendo sesiones educativas y diferentes estrategias en salud, con participación de las enfermeras especialistas en salud mental, los psicólogos del centro de salud, de tal manera que se identifiquen oportunamente los síntomas depresivos, se establezcan estrategias para prevenir la depresión grave y se mejore la calidad de vida con la participación de la familia.

SEGUNDA: A las autoridades de la institución, fortalecer el Programa de Atención Domiciliaria a fin de realizar indagaciones sobre los aspectos que parecen tener una mayor influencia en la depresión y la disminución de calidad de vida de los pacientes, para su abordaje.

TERCERA: A los profesionales de enfermería ser líderes en el cuidado holístico de los pacientes afectados con tuberculosis, sensibilizar, motivar, escuchar las demandas, educar, acompañar y coordinar con la familia para evitar que se instaleo mitigue la depresión y el paciente se adhiera en forma efectiva al tratamiento y mejorar sus estrategias de afrontamiento en la presión del servicio y que ella no afecte la calidad del cuidado y atención al paciente, mejorando de esta manera su desempeño además de cuidar su salud mental, que es importante para las decisiones que tomará.

REFERENCIAS

1. Álvarez D, Almada J, Espinoza M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. *Neumol Cir Torax* [Internet]. 2020; 79(2):87–93. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2020/nt202f.pdf>
DOI: 10.35366/94633
2. Giraldo N, Valencia D, Cardona J. Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: Revisión sistemática y metanálisis. *Infectio* [Internet]. 2018[citado 2023 Oct 21]; 22(3):124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922018000300124
Doi: 10.1016/j.jctube.2019.100121.
3. Matute D, Ramos J. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un hospital ubicado en Lima Sur, 2021. Universidad Maria Auxiliadora; 2021. <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/14/193> <https://doi.org/10.53684/csp.v1i1.14>
4. Gonzales R, Heredia A, Hidalgo G, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara. *Salud Uninorte revista en Internet* 2013 [acceso 21 de mayo de 2021]; 29(1): 13-21. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a03.pdf>
ISSN 0120-5552
5. Devkota J, Devkota N, Lohani S. Health related quality of life, anxiety and depression among tuberculosis patients in Kathmandu, Nepal. *Janaki Med Coll J Med Sci* 2017;4(1):13–8. Available from: <https://www.nepjol.info/index.php/JMCJMS/article/view/16380>
6. Redwood L, Mitchell H, Viney K, Snow K, et al. Depression, stigma and quality of life in people with drug-susceptible TB and drug-resistant TB in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2021;25(6):461–7. Available from:

<https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2021/00000025/00000006/art00008>

DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.20.0952>

7. Jaber S, Ibrahim B. Health-related quality of life of patients with multidrug-resistant tuberculosis in Yemen: prospective study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Aug 16;17(1):142. doi: 10.1186/s12955-019-1211-0. PMID: 31420045; PMCID: PMC6698009.

DOI: 10.1186/s12955-019-1211-0

8. Sartika I, Insani N, Abdulah R. Assessment of Health-Related Quality of Life among Tuberculosis Patients in a Public Primary Care Facility in Indonesia. *J Glob Infect Dis*. 2019 Jul-Sep;11(3):102-106. doi: 10.4103/jgid.jgid_136_18. PMID: 31543651; PMCID: PMC6733192.

9. Shedrawy J, Jansson L, Röhl I, Kulane A, et al. Quality of life of patients on treatment for latent tuberculosis infection: a mixed-method study in Stockholm, Sweden. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Oct 24;17(1):158. doi: 10.1186/s12955-019-1228-4. PMID: 31651339; PMCID: PMC6813984.

10. Pérez S, Bernal D, Torres O, et al. Tuberculosis en México en tiempos de COVID-19: algunas [Internet]. *Enfermedades emergentes.com*. [citado el 28 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a790/1_original_sanchez_web.pdf.

11. Datta S, Gilman H, Montoya R, Quevedo L, et al. Quality of life, tuberculosis and treatment outcome; a case-control and nested cohort study. *Eur Respir J* 2020;56(2):1900495. Available from: <https://erj.ersjournals.com/content/56/2/1900495>

12. Llanos F, Ponce C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Rev Neuropsiquiatr*[Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 15];82(2):104–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000200002

13. Yohannes K, Mokona H, Abebe L, Feyisso M, et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among patients with tuberculosis attending public health institutions in Gede'o zone, South Ethiopia. *BMC Public Health*. 2020 Nov 13;20(1):1702.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09794-z>

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09794-z>

14. Neves S, Castrighini C, Reis K. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV. *Enferm Glob* [Internet]. 2018; 17(2):1–29. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/1695-6141-eg-17-50-1.pdf>

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>

15. Fang E, Chen P, Tang L, et al. Asociación entre depresión y desnutrición en pacientes con tuberculosis pulmonar: un estudio transversal. *World J Clin Cases* [Internet]. 2022 [citado 2023 Oct 21]; 10(14):4395–403. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v10/i14/4395.htm>

DOI: 10.12998/wjcc.v10.i14.4395

16. Barrera G, Narváez O, Caiza Z. calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Revista Médica Científica Cambios* [internet] 2020 [citado el 14 de septiembre de 2021]; 19(2): 25-31. Disponible en: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/662/379>

DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n2.2020.662>

17. Febi A, Manu M, Mohapatra A, et al. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study. *ERJ Open Res* [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 21];7(3):00251–2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34476253/>
<https://openres.ersjournals.com/content/erjor/7/3/00251-2021.full.pdf>

DOI: 10.1183/23120541.00251-2021

18. Dasa T, Roba A, Weldegebreal F. Prevalencia y factores asociados de depresión entre pacientes con tuberculosis en el este de Etiopía. *BMC Psiquiatría* 19. 82 (2019). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2042-6#citeas>
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2042-6>
19. Zuo X, Dong Z, Zhang P, et al. Cognitive-behavioral therapy on psychological stress and quality of life in subjects with pulmonary tuberculosis: a community-based cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2022 Nov 24;22(1):2160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36419020/>
PMID: 36419020; PMCID: PMC9686076.
DOI: 10.1186/s12889-022-14631-6
20. Zhu Z, Zhu D, Jiang Y, et al. Estudio transversal sobre el SF-36, la autoeficacia general, el apoyo social y el estilo de vida promotor de la salud de los ancianos jóvenes en una comunidad de Shanghái, China. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2021 [citado 2023 Oct 21]; 10(1):518–29. Disponible en: <https://apm.amegroups.org/article/view/61033/html> DOI: 10.21037/apm-20-2462
21. Jonis M, Guzmán R, Llanos F. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 2023 Oct 21]; 84(4):297–303. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972021000400297&script=sci_arttext
<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4135>
22. Llanos F, Ponce C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2019 [citado 2023 Oct 21]; 82(2):104–9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972019000200002&script=sci_abstract
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3536>

23. Matute D, Ramos J. Calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en un hospital ubicado en Lima Sur, 2021. Universidad Maria Auxiliadora; 2021.
<https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/articloe/view/14/193>
<https://doi.org/10.53684/csp.v1i1.14>
24. Olson L, Barnes C, et al. Multiple impact surface waves for determination of pavement system moduli for assessment and design. En: 23rd EEGS Symposium on the Application of Geophysics to Engineering and Environmental Problems. European Association of Geoscientists & Engineers; 2010.
25. Diaz I, Iglesia G. Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. Summa Psicológica UST [Publicación periódica en línea]. 2019, [Citado: 2022 Mayo 24]; 16(1):42-50. Disponible en: <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
26. Utaminingtyas C, Shanti P, et al. Family Dysfunction and Depressive Tendencies in Adolescents. Knowledge Social Sciences 35 [Online periodical publication]. 2021, [Cited: 2022 May 24]; (2021):125-131. Available from: <http://dx.doi.org/10.18502/kss.v7i1.10206>
27. Hernández J, Juanico B, Juanico G, Salgado M, y Zaragoza I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. Atención Familiar [Publicación periódica en línea]. 2020, [Citado: 2022 Mayo22]; 27 (1):38-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72281>
28. Guerrero D, Salazar D, Constain V, et al. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean Journal of Family Medicine [Online periodical publication]. 2021, [Cited: 2022 June 12]; 42(2):172-180. Available from: <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>
29. .Askeland K, Boe T, Breivik K, et al. Life events and adolescent depressive symptoms: Protective factors associated with resilience. PLOS ONE [Online

periodical publication]. June 2020, [Cited: 2022 May 24]; 15 (6):1-16.
Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234109>

30. Marcos E, Tizón B. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 2023 nov 24]; 24(4):168–77. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
31. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Symptoms in Adolescents. *Deutsches Arzteblatt International* [Online periodical publication]. August 2018, [Cited: 2022 May 24]; 115:549-555. Available from: <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2018.0549>
32. Gomez A, Nuñez C, Aguadelo M, Grisales A. Risk and Suicidal Ideation and its Relationship with Impulsivity and Depression in School Adolescent. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica* [Online periodical publication]. March 2020, [Cited: 2022 November 05]; 1(54):146-163. Available from: <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
33. Gomez A, Nuñez C, Aguadelo M, Grisales A. Risk and Suicidal Ideation and its Relationship with Impulsivity and Depression in School Adolescent. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica* [Online periodical publication]. March 2020, [Cited: 2022 November 05]; 1(54):146-163. Available from: <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
34. Sánchez A, Farfán E, Fuente V, et al. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología* [Publicación periódica en línea]. 2022,

[Citado: 2022 Agosto 11]; 25(2):158-170. Disponible en:
<https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.1036>

35. Rosas F, Rodriguez V, et al. Factorial Structure of Mexican Version of the Beck Depression Inventory II in General Population of Mexican Southeastern. *Journal Health* [Online periodical publication]. October 2020, [Cited: 2022 August 11]; 36(2):436-449. Available from: <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>
35. Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del SINACYT. Publicado el diario oficial El Peruano. Resolución de Presidencia N° 2015-2018-CONCYTED-P. (16 de noviembre del 2018)
36. Zúniga A. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. [En línea] Cuernavaca, México. [citado 15 de abril 2021].1999 41(02):110-118 Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/106/10641205.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de Vida	Es la percepción subjetiva de la persona de su propio estado de confort y bienestar a medida que puede ser capaz de evaluar las actividades vitales, funciones físicas, social, emocional, mental y salud general.	Se determinará mediante un instrumento para las personas que padecen de tuberculosis pulmonar en el C. S. Márquez. El instrumento que se utilizará será el Cuestionario de Salud Sf-36 “Calidad de Vida”	Función Física	Actividades Físicas. (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12)	Ordinal
			Rol Físico	Actividades Diarias. (13, 14, 15 y 16)	
			Rol Emocional	Valoración de sí mismo. (17, 18 y 19)	
			Función Social	Problemas Emocionales.(20 y32)	
			Dolor Corporal	Limitaciones por efecto del dolor. (21 y 22)	
			Vitalidad	Sentimiento de energía.(23, 27,29 y 31)	
			Salud General	Bienestar mental general.(24, 25, 26, 28 y 30)	
			Salud Mental	Perspectiva a futuro.(1, 33, 34, 35 y 36)	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Depresión	Según la OPS 2020 la depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.	Para las personas que padecen depresión con tuberculosis pulmonar en el C.S. Márquez. Se medirá a través del inventario de depresión de Beck (BDI) II.	Área Cognitiva	Tristeza Pensamientos suicidas Desvalorización (1, 2, 9, 14)	Ordinal
			Área física o conductual	Indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad propia, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto. (3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13)	
			Área afectiva	Agitación, pérdida de interés, energía, cambios de hábitos y sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. (11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)	

Anexo 2: Instrumento de recopilación de datos Variable 1.

Calidad de vida relacionado con la salud

CUESTIONARIO

(Cuestionario de Salud Sf-36 “Calidad de Vida”)

Muy buenos días, soy Juana Perez Chinchano y Rosmery Oblitas Cervantes, somos estudiantes de enfermería de la universidad César Vallejo, el presente instrumento es importante para estar al tanto de cómo considera su calidad de vida, su salud y otros espacios de su vida. Le solicito responda todas las preguntas pensando en su vida durante las dos últimas semanas.

Le suplico que responda cada una de las preguntas, considerando sus sentimientos y forme un círculo en la respuesta apropiada.

DATOS GENERALES:

- Nombre y Apellidos:
- Edad:

MARQUE CON UNA X UNA SOLA ALTERNATIVA SEGÚN SU PREFERENCIA:

N°	Pregunta	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1	En general, usted diría que su salud es	5	4	3	2	1
2	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1	2	3	4	5

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

N°	Pregunta	Si me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita nada
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, o hacer deportes agotadores?	1	2	3
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barre o caminar más de una hora?	1	2	3
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa del mercado?	1	2	3
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1	2	3
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1	2	3
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1	2	3
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1	2	3

10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?	1	2	3
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana?	1	2	3
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1	2	3

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

N °	Pregunta	Si	No
1 3	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo para el trabajo o a sus actividades diarias, a causa de su salud física?	1	2
1 4	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1	2
1 5	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud física?	1	2
1 6	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1	2
1 7	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo para el trabajo o a sus actividades diarias, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1	2
1 8	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1	2
1 9	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades diarias tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1	2

N °	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

20	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	5	4	3	2	1
Nº	Pregunta	No, ninguno	Muy poco	Si, un poco	Sí, mucho	Muchísimo
21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	5	4	3	2	1
Nº	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
22	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	5	4	3	2	1
Nº	Pregunta	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	5	4	3	2	1
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	5	4	3	2	1

27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	5	4	3	2	1
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1	2	3	4	5
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	5	4	3	2	1
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1	2	3	4	5
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1	2	3	4	5

Porfavor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

Nº	Pregunta	Alta me nte cier to	Ba sta nte cie rto	N o lo s e	Ba sta nte fals o	Alt am ent e fals o
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
34	Estoy tan sano como cualquiera.	5	4	3	2	1
35	Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5

3	6	Mi salud es excelente	5	4	3	2	1
---	---	-----------------------	---	---	---	---	---

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO 1: Cuestionario de Salud Sf-36

“Calidad de Vida”

Ficha Técnica	
Nombre del instrumento:	Cuestionario de Salud Sf-36 “Calidad de Vida”
Autor:	Paredes, Murillo y Ordoñez
Objetivo:	Medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar.
Año:	2017
Aplicación:	Individual
Unidad de análisis	Pacientes afectados con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Márquez.
Ambito de aplicación	Centro de Salud Márquez
Tiempo estimado:	10 minutos
Estructura:	36 preguntas
Escala de medición:	Ordinal
Confiabilidad:	<ul style="list-style-type: none"> • 0.92 según Alpha de Cronbach (Paredes, Murillo y Ordoñez) • 0.706 según Alpha de Cronbach (Oblitas y Perez)

*Sin título2 [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 39 de 39 variables

	Marcatemporal	Sexo	Edad	NSTRUCCIONE SLeedetenidari entecadapregun	NSTRUCCIONE SLeedetenidari entecadapregun	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso	Lassiguientesp eguntasserefeie enaactividadeso
1	21-Apr-2023	Masculino	22	5	5	2	3	2	2	3	3
2	21-Apr-2023	Femenino	22	4	4	2	1	2	2	2	3
3	21-Apr-2023	Femenino	13	5	5	2	2	2	2	2	3
4	21-Apr-2023	Masculino	16	1	1	2	2	2	2	2	3
5	21-Apr-2023	Masculino	15	2	2	2	3	3	2	2	3
6	21-Apr-2023	Masculino	35	4	2	2	1	2	2	2	3
7	21-Apr-2023	Masculino	20	2	2	2	2	2	2	2	3
8	21-Apr-2023	Masculino	13	4	2	2	2	2	2	2	3
9	21-Apr-2023	Masculino	30	4	2	2	3	3	2	2	3
10	21-Apr-2023	masculino	24	2	1	2	1	2	2	2	3
11	21-Apr-2023	Femenino	16	4	4	2	2	2	2	2	3
12	22-Apr-2023	femenino	15	2	2	2	2	2	2	2	3
13	13-Oct-2023	Femenino	46	3	3	2	3	3	2	2	3
14	13-Oct-2023	Femenino	29	3	3	2	1	2	2	2	3
15	13-Oct-2023	Femenino	20	3	3	2	2	2	2	2	3
16	13-Oct-2023	Femenino	22	3	3	2	2	2	2	2	3
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											

Vista de datos Vista de variables

*Sin título2 [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Marcatemp...	Fecha	40	0	Marca temporal	Ninguno	Ninguno	11	Derecha	Escala	Entrada
2	Sexo	Cadena	10	0	Sexo:	Ninguno	Ninguno	10	Izquierda	Nominal	Entrada
3	Edad	Númérico	2	0	Edad:	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
4	NSTRUCCI...	Númérico	1	0	NSTRUCCION...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
5	NSTRUCCI...	Númérico	1	0	NSTRUCCION...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
6	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
7	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
8	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
9	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
10	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
11	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
12	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
13	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
14	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
15	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
16	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
17	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
18	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
19	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
20	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
21	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
22	Lassiguient...	Númérico	1	0	Las siguientes ...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
23	PreguntaDu...	Númérico	1	0	Pregunta: [Dura...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
24	PreguntaL...	Númérico	1	0	Pregunta: [L.Tuv...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
25	PreguntaDu...	Númérico	1	0	Pregunta: [Dura...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
26	PreguntaDu...	Númérico	1	0	Pregunta: [Dura...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 “CALIDAD DE VIDA”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	16	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	16	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,706	36

El cuestionario de salud SF-36 se aplicó a 16 pacientes; alcanzando una puntuación de 0.706 en el Coeficiente de Alfa de Cronbach dando como resultado Confiabilidad aceptable para su aplicación.

Variable 2: Depresión

CUESTIONARIO

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

A continuación, como puedes ver hay cuatro cuadros después de la frase, deberás marcar con una X.

Ejemplo:

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

3. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

4. Sentimientos de Culpa

No me siento particularmente culpable.

Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haberhecho.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.³ Me siento culpable todo el tiempo.

5. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.²

Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

6. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí mismo lo mismo que siempre.¹ He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.³

No me gusta a mí mismo.

7. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo² Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

8. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

9. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.1

Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

10. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.Me

siento más inquieto o tenso que lo habitual.

Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

11. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.2 He

perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

12. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.3

Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

13. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 Me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

14. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

15. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1 a.

Duermo un poco más que lo habitual.

1 b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2 a.

Duermo mucho más que lo habitual.

2 b. Duermo mucho menos que lo habitual
3 a.

Duermo la mayor parte del día

3 b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir

16. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1

Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3

Estoy irritable todo el tiempo.

17. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1 a.

Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

2 a. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.2 b.

Mi apetito es mucho menor que antes.

3 a. No tengo apetito en absoluto.3 b.

Quiero comer todo el día.

18. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.3

Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

19. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

20. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO 1: Inventario de depresión de
beck-II

Ficha Técnica	
Nombre del instrumento:	Inventario de depresión de beck-II
Autor:	Estrada y Vera
Objetivo:	Medir la depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar.
Año:	2021
Aplicación:	Individual
Unidad de análisis	Pacientes afectados con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Márquez.
Ambito de aplicación	Centro de Salud Márquez
Tiempo estimado:	10 minutos
Estructura:	21 preguntas
Escala de medición:	Ordinal
Confiabilidad:	<ul style="list-style-type: none"> • 0.76 y 0.95 según Alpha de Cronbach (Vera y Estrada) • 0.76 según Alpha de Cronbach (Oblitas y Perez)

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Caso	Válido	16	100,0
	Excluido	0	,0
	a		
	Total	16	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,770	19

El cuestionario se aplicó a 16 pacientes; alcanzando una puntuación de 0.770 en el Coeficiente de Alfa de Cronbach dando como resultado Confiabilidad aceptable para su aplicación.

Tabla 1. Correlación entre la calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Márquez en Ventanilla 2023.

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
		o			o		
Calidad de Vida		,103	80	,036	,969	80	,051
Depresión		,097	80	,042	,958	80	,011

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: Se realizó la prueba de normalidad de variables mediante Kolmogorov – Smirnov se encontró un nivel de significancia menor a 0.05, La cual indica que ambas variables no tienen una distribución normal; es Por ello que, se hizo uso de la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

Anexo 3: Carta de autorización

CARTA N° 1 2023/EP/ENF.UCV-LIMA

Lima, 20 de septiembre del 2023

Dr. Luis Miguel mansilla Herrera
Medico Jefe C.S Márquez
Jefe Micro red Márquez
Presente. -

Asunto: solicitar autorización a la ejecución del
Proyecto de Investigación de Enfermería

Por la presente me es grato comunicarme con Ud. a fin de saludarlo cordialmente en nombre de la universidad Cesar Vallejo y en el mío propio deseándole éxitos en su acertada gestión.

A su vez, la presente tiene como objetivo solicitar su autorización a fin de que las bachilleres en enfermería **OBLITAS CERVANTES ROSMERY Y PEREZ CHINCHANO JUANA**, del décimo ciclo de estudios de la Escuela Profesional de Enfermería pueda ejecutar su investigación titulada **“Calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Márquez, 2023”**. En el Centro de Salud Márquez y Micro red Márquez del distrito de Callao de la Provincia Constitucional del Callao; por lo que solicito su autorización a fin de que se brinde las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, me despido de Usted, no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración y en espera de su respuesta.

Atentamente.

Oblitas Cervantes Rosmery

DNI: 71263659

Perez Chinchano

Juana

DNI: 70822747



GOBIERNO
REGIONAL
CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
RED DE SALUD VENTANILLA
MICRO RED MARQUEZ
CENTRO DE SALUD MARQUEZ

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



Márquez, 21 de setiembre del 2023.

OFICIO N°042- 2023-GRC/DIRESA/DRSV/MRM

OBLITAS CERVANTES ROSMERY
PEREZ CHINCHANO JUANA
Presente.-

ASUNTO: Solicitar autorización a la ejecución del proyecto de Investigación de Enfermería

REF. : Carta N°1-2023/EP/ENF.UCV-LIMA

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y asimismo en relación al documento de referencia, esta jefatura no tiene ningún inconveniente en brindar el apoyo para la realización de la Tesis en mención, ya que se trata de internos de enfermería que rotaron en el establecimiento a mi cargo.

Sin embargo, se entiende que una Tesis es un trabajo de investigación el cual se requiere de la aprobación del Comité de ética de la Diresa Callao ya que la información a recabar de los pacientes siempre es confidencial.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
RED DE SALUD VENTANILLA
MICRO RED MARQUEZ
CENTRO DE SALUD MARQUEZ
Dr. Luis Miguel Masella Noriega
Médico Jefe, Micro Red Marquez

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN INVESTIGACIÓN

Estimado/a señor (a):

En la actualidad venimos realizando una investigación científica sobre el tema: “Calidad de vida relacionada con la salud y depresión en pacientes afectados con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Márquez, 2023 ”, por eso quisiéramos contar con su valioso apoyo. Cuyo proceso consiste en la aplicación de 2 cuestionarios con una duración de aproximadamente 30 minutos. Los datos recogidos serán usados de manera confidencial, pues no se comunicarán a terceras personas sobre los datos obtenidos, así mismo no tienen fines diagnósticos y se utilizarán únicamente para propósitos académicos.

De aceptar participar en la investigación, usted debe firmar este documento como evidencia de haber sido informado sobre los procedimientos a realizar del estudio.

En caso tengas alguna duda con respecto a las preguntas que aparecen en los cuestionarios, no dude en solicitar la aclaración y gustosamente se te explicará cada una de ellas personalmente.

Gracias por su gentil colaboración.

Acepto participar voluntariamente en la investigación.

Firma

DNI: