



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes
con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro
Médico Naval, 2016.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Fidel Rosario Chira Conislla

ASESOR:

Dr. Helfer Joel Molina Quiñones

SECCIÓN:

Ciencias Empresariales y Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2017

Doctor Juan Méndez Vergaray
Presidente

Magister Teresa Campana Añasco
Secretaria

Doctor Helfer Joel Molina Quiñones
Vocal

Dedicatoria

A Dios, por sobre todas las cosas, por ser mi guía y darme la sabiduría, inteligencia y salud.

A mi madre, hermanos, amor de mi vida e hijos por brindarme su comprensión y apoyo en todas las circunstancias de mi vida.

El autor

Agradecimiento

A mis queridos profesores, por sus enseñanzas y apoyo incondicional, al Dr. Helfer Joel Molina Quiñones por su asesoría y paciencia durante el tiempo de la investigación.

El autor

Declaración de Autoría

Yo, Fidel Rosario Chira Conislla, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro que el trabajo académico titulado “Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016.”, presentada en 127 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría. Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 26 de diciembre del 2016

Fidel Rosario Chira Conislla

DNI: 432171694

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016”, este trabajo tiene por objetivo determinar la relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

El presente trabajo se enmarca en el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo con la finalidad de optar el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud. Esperando cumplir con los requisitos para su aprobación.

El Autor

Índice de contenido

Jurado de Tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Resumo	xi
I. Introducción	12
1.1. Antecedentes	14
1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística	19
1.3. Justificación	36
1.4. Problema	38
1.5. Hipótesis	41
1.6. Objetivos	41
II. Marco metodológico	43
2.1 Variables	44
2.2 Operacionalización de variables	45
2.3 Metodología	46
2.4 Tipos de estudio	47
2.5 Diseño	47
2.6 Población, muestra y muestreo	47
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
2.8 Métodos de análisis de datos	53
2.9 Aspectos éticos	55
III. Resultados	56
IV. Discusión	69
V. Conclusiones	73
VI. Recomendaciones	75
VII. Referencias bibliográficas.	77

Anexos	84
Anexo A. Matriz de consistencia	85
Anexo B. Cuestionario sobre la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval	88
Anexo C. Consentimiento informado	90
Anexo D. Prueba de confiabilidad y validez	91
Anexo E. Matriz de datos generales	92
Anexo F. Matriz de datos de la variable apoyo social	93
Anexo G. Matriz de datos de la variable calidad de vida	94
Anexo H. Prueba de normalidad	95
Anexo I. Carta de solicitud para el desarrollo de trabajo de investigación	96
Anexo J. Carta de autorización para el desarrollo de trabajo de investigación	97
Anexo K. Artículo de Investigación	98

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable (1) Apoyo Social	45
Tabla 2 Operacionalización de la variable (2) Calidad de Vida	46
Tabla 3 Rango de edad de los pacientes	57
Tabla 4 Sexo de los pacientes	57
Tabla 5 Estado civil de los pacientes	58
Tabla 6 Relación del paciente con el personal militar	58
Tabla 7 Rango salarial de los pacientes	58
Tabla 8 Tipo de tratamiento de los pacientes	59
Tabla 9 Tiempo de tratamiento de los pacientes	59
Tabla 10 Percepción total del apoyo social	59
Tabla 11 Percepción del apoyo afectivo	60
Tabla 12 Percepción del apoyo confidencial	60
Tabla 13 Percepción total de calidad de vida	60
Tabla 14 Percepción de calidad de vida – dimensión salud	61
Tabla 15 Percepción de calidad de vida – dimensión salud psicológica	61
Tabla 16 Percepción de calidad de vida – dimensión relaciones sociales	61
Tabla 17 Percepción de calidad de vida – dimensión entorno	62
Tabla 18 Pruebas de Chi-Cuadrado corregido (percepción del total del apoyo social y calidad de vida)	63
Tabla 19 Tabla correlación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida	63
Tabla 20 Tabla cruzada resultado de la percepción del apoyo social y calidad de vida	64
Tabla 21 Pruebas de Chi-cuadrado	65
Tabla 22 Tabla correlación entre la percepción del apoyo afectivo y calidad de vida	65
Tabla 23 Tabla cruzada resultado de la percepción del apoyo afectivo y calidad de vida	66
Tabla 24 Pruebas de Chi-cuadrado	67
Tabla 25 Tabla correlación entre la percepción del apoyo confidencial y calidad de vida	67
Tabla 26 Tabla cruzada resultado de la percepción del apoyo confidencial y calidad de vida	68

Resumen

El presente estudio “Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016.”, tiene como objetivo principal determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

El estudio es de tipo cuantitativo de alcance correlacional, método descriptivo no experimental, bajo la metodología del hipotético deductivo. Teniendo una población de 49 pacientes con tuberculosis pulmonar, siendo encuestada la totalidad al ser este un universo pequeño. El instrumento utilizado en la presente investigación fue el cuestionario Duke-Unc (escala de Likert modificada) para medir el apoyo social, que consta de 11 ítems, y cuestionario Whoqol-Bref (escala de Likert modificada) de calidad de vida, que consta de 26 ítems; la técnica empleada fue la encuesta.

Los resultados de la presente investigación fueron: La percepción del apoyo social total fue del 67% (33) indica apoyo normal y el 33% (16) señala tener escaso apoyo; en cuanto a sus dimensiones, respecto al apoyo social afectivo fue del 84% (41) indica apoyo normal y el 16% (8) señala tener escaso apoyo; por otro lado, el apoyo confidencial fue del 61% (30) indica escaso apoyo y el 39% (19) señala tener apoyo normal. La percepción total de calidad de vida fue del 44.9% (22) regular calidad de vida, el 32.75 (16) mala calidad de vida y el 22.4% (11) buena calidad de vida. Existiendo una alta relación ($p=0.003$) entre la percepción del apoyo social y la calidad vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016. Se aprobó la hipótesis planteado por el investigador.

Palabras claves: Apoyo Social, Calidad de Vida, Percepción, Tuberculosis Pulmonar.

Resumo

Este estudo "Percepção de apoio social e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar no Centro Médico Naval de 2016", cujo objetivo principal é determinar a percepção do suporte social e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar Naval Medical Center.

O estudo é escopo quantitativa correlacional, método descritivo não experimental, de acordo com a metodologia do hipotético dedutivo. Com uma população de 49 pacientes com tuberculose pulmonar é, todos sendo entrevistado como este é um pequeno universo. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o questionário Duke-Unc (escala de Likert modificada) para medir o apoio social, composta por 11 itens, e Whoqol-Bref (escala de Likert modificada) qualidade de vida, que consiste em 26 itens; A técnica utilizada foi a pesquisa.

Os resultados desta pesquisa foram: A percepção do apoio social total foi de 67% (33) indica suporte normal e 33% (16) dos estados têm pouco apoio; em termos de tamanho, com relação ao suporte social emocional que foi de 84% (41) indica suporte normal e 16% (8) dos estados têm pouco apoio; por outro lado, apoio confidencial foi de 61% (30) indica pouco apoio e 39% (19) dos estados têm suporte normal. A percepção geral da qualidade de vida foi de 44,9% (22) de qualidade regular de vida, 32,75 (16) má qualidade de vida e 22,4% (11) boa qualidade de vida. Houve uma alta relação ($p = 0,003$) entre a percepção de suporte social ea qualidade de vida de pacientes com tuberculose pulmonar no Centro Médico Naval, 2016. A hipótese proposta pelo pesquisador foi aprovada.

Palavras-chave: Apoio Social, Qualidade de Vida, Percepção, tuberculose pulmonar.

I. Introducción

La presente tesis, titulada **Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016**, pretende conocer la relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

La presente investigación ha seguido las pautas que se pone en consideración la escuela de post grado las cuales están divididas en 8 capítulos desarrollados con sus respectivas características.

En el primer capítulo introducción, se plasma los antecedentes internacionales y nacionales; fundamentación científica, técnica o humanística; justificación; descripción del problema de investigación, hipótesis y objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco metodológico, dentro de ella se define conceptualmente y operacionalmente las variables de estudio, se explica la metodología, el tipo y diseño de investigación, se define la población y muestral, técnica e instrumento de recolección de datos, y finalmente se redacta el método de análisis de datos y los aspectos éticos.

El tercer capítulo se presenta los resultados, se realiza el análisis descriptivo presentando tablas con su respectiva interpretación y en el análisis inferencial con su prueba de hipótesis estadística a un nivel de significancia de 5%.

El cuarto capítulo, discute los resultados obtenidos en la investigación con los resultados de otros investigadores que se detalla en los antecedentes.

El quinto y sexto capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones; y el séptimo y octavo capítulo contiene la referencia bibliográfica y apéndice, respectivamente.

1.1. Antecedentes

Internacionales

En el estudio realizado por Abreu (2011), cuyo título fue: Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva, en España. Donde el objetivo fue el estudio de la calidad de vida en un grupo de pacientes supervivientes a un infarto agudo de miocardio pertenecientes a un área sanitaria de la provincia de Huelva. El método empleado fue cuantitativo, longitudinal. La muestra de estudio fue de 108 pacientes ingresados entre el 1 de febrero al 31 agosto 2001 en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de la provincia de Huelva. El instrumento empleado fue el cuestionario español de calidad de vida en pacientes post infarto, la escala de apoyo social funcional DUKE-UNK y la escala de autoeficacia general adaptada a la población española. Los resultados fueron: Los aspectos concretos de salud alterados en los pacientes post infarto a nivel físico, emocional o social fueron la reducción del número de salidas fuera de casa, el no poder caminar distancias tan largas, como el descenso de su actividad sexual, el tipo de trabajo más liviano o ligero que desarrollaban, el deseo de no trabajar más, la mayor dedicación a pasatiempos en vez de actividades físicas y reaccionar con mayor nerviosismo o inquietud que antes. El aumento de la autoeficacia implicaba una mejora de la calidad de vida y de sus áreas. Es decir, al mejorar la autoeficacia mejoraba la calidad de vida percibida y las áreas de calidad de vida. La influencia ejercida por la autoeficacia sobre la calidad de vida global y sobre las áreas de proyectos de futuro y sobre las relaciones sociales era especialmente importante, llegamos a encontrar que dicha influencia de la autoeficacia rondaba el 50% de variabilidad. Es decir, hasta un 50% de mejoría de la calidad de vida y en las dos áreas mencionadas podíamos encontrar al mejorar la autoeficacia. (p. 12)

En el estudio realizado por Romero, Amador y Alvis (2010), cuyo título fue: Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería, Colombia. Donde el objetivo fue determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral. El método empleado fue cuantitativo de tipo analítico. La muestra de estudio fue de 77 pacientes. Los instrumentos empleados fueron: para evaluar

la calidad de vida se utilizó el instrumento QLI-SP y la escala de apoyo social percibido. Para determinar el grado de asociación se utilizó el coeficiente de spearman. Los resultados fueron: el promedio de edad fue de 33.3 años (I.C 95% (31 – 35.8)). El 62% (48) de los pacientes son hombres. Entre las dimensiones de la calidad de vida quienes reportan promedios más altos son el bienestar físico y el funcionamiento ocupacional mientras los de menor promedio son las dimensiones de apoyo comunitario, apoyo social y plenitud personal. Ninguna de los promedios de las dimensiones superó los 7 puntos en una escala del 1 a 10. El apoyo comunitario fue la dimensión que contó con mayor variabilidad. La correlación más alta fue la reportada por la plenitud personal y el apoyo de la familia ($r=0.56$, $p=0.0$). (p. 173)

En el estudio realizado por Navarro, García, Ordoñez y Casas (2008), cuyo título fue: Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave; en Madrid, España. Donde el objetivo fue evaluar los índices de calidad de vida, apoyo social percibido y deterioro psicosocial en una muestra de sujetos con trastorno mental grave. El método empleado fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 89 sujetos con trastorno mental en contextos rurales y alejados de Castilla-La Mancha, atendidos desde el Programa de Integración social y apoyo comunitario (PRIS) de la Fundación FISLEM. El instrumento empleado fue de Apoyo Social DUKE-UNC. Los resultados fueron: indican una menor percepción de apoyo social de los usuarios que viven solos frente a los que conviven con familiares. Hipotetizamos que los efectos de nuestras intervenciones pueden influir en la mejora de la relación de convivencia y en la reducción de niveles elevados de carga familiar, mejorando el ambiente familiar y las actitudes que los familiares muestran hacia el paciente. Por otro lado los familiares podrían actuar como facilitadores marcadas e intervenciones diseñadas con el paciente, mientras que los que viven solos exclusivamente contarían con el apoyo del programa para la puesta en práctica y mantenimiento de los aprendizajes adquiridos. La mayor relación entre la calidad de vida y el deterioro en el área familiar plantea la necesidad de incorporar intervenciones enfocadas hacia la reducción del estrés y carga familiar, el aprendizaje de habilidades para la solución de problemas y de modos de

afrontamiento eficaces que permitan el manejo de determinadas situaciones conflictivas que se dan en la convivencia diaria. (p. 321)

En el estudio realizado por Avendaño y Barra (2008), cuyo título fue: Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas; en Chile. Donde el objetivo fue examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la autoeficacia y el apoyo social percibido. El método empleado fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra de estudio fue 75 adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 18 años, con diagnóstico de diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal. El instrumento empleado fue Cuestionario de Calidad de Vida KIDSCREEN-27, la Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Los resultados fueron: Se encontró que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, explicando un tercio de la varianza, mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes. En cuanto a las variables género, la única diferencia significativa fue que los hombres informaron un mayor nivel de bienestar físico que las mujeres. Se discuten los resultados obtenidos a la luz de diversos factores explicativos. (p. 165)

En el estudio realizado por Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez, Sánchez y Londoño (2007), cuyo título fue: Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Donde el objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El método empleado fue un estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal. La muestra de estudio fue de 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de edad de ambos géneros inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis de Metro salud de Antioquia, Colombia. Los instrumentos empleados fueron: la calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de salud SF-36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston, Massachussets, y el apoyo social fue

medido por el cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK en la versión española de la Revilla, Baylon y de Dios (1991). Los resultados fueron: que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social. En general hubo alta fiabilidad en todo el estudio con un alfa de Cronbach superior a .80. (p. 245)

En el estudio realizado por Ramírez (2007), cuyo título fue: Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Donde el objetivo fue describir en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica la calidad de vida y el apoyo social con que cuentan. El método empleado fue un estudio descriptivo, transversal (n=22) sujetos que obedecieron a los criterios de inclusión, los instrumentos empleados fueron: del Cuestionario de Salud Nottingham Health Profile (NHP), y el apoyo social con la Escala de DUKE-UNC. La muestra de estudio fue aplicada a 22 pacientes. Los resultados fueron: La edad media de los evaluados fue $67,0 \pm 9,9$ años. La distribución por género fue 8 hombres 36,4% y 14 mujeres 63,6%. Las puntuaciones más altas de calidad de vida se reflejaron en los dominios Sueño $42,3 \pm 30,8$, Reacciones Emocionales $40,2 \pm 5,7$ y Movilidad $38,4 \pm 33,5$, mientras que la puntuación más bajase demostró en el dominio Aislamiento Social con $23,6 \pm 19,4$. El Apoyo Social Afectivo bueno: 55,1% de pacientes, Apoyo Social Confidencial escaso: 44,9% de pacientes. (p. 568)

En el estudio realizado por Vélez (2007), cuyo título fue: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes; en Pereira, Colombia. Donde el objetivo fue: Establecer la asociación entre apoyo social comunitario de redes sociales deportivas-recreativas, funcionalidad familiar y percepción de calidad de vida de familias con adolescentes del proyecto Acunarte, de los barrios El Plumón y Las Brisas de la ciudad de Pereira, al explorar sus percepciones frente a cada una de estas áreas de sus vidas para determinar como la perciben actualmente y si en ellos estas áreas se relacionan. El método empleado fue descriptivo, exploratorio y transversal. La muestra de estudio fue de 65 familias (26 del barrio El Plumón (40%) y 39 de Las Brisas (60%)) todas estas hacían parte del proyecto

Acunarte. Se seleccionaron familias con adolescentes. Los instrumentos empleados fueron: el de Apoyo social comunitario (AC-90) para redes sociales deportivas recreativas, el FACES III (Olson) y el de Calidad de vida (Olson). Los resultados fueron: No existe una relación de dependencia entre la percepción del apoyo social de RSCDR y la condición de adolescente o adulto, ni con la percepción funcionalidad familiar, ni con la percepción de la cohesión familiar, ni con la adaptabilidad familiar, ni con la percepción de calidad de vida de los participantes en la investigación. La percepción de la funcionalidad familiar, no evidencia una relación de dependencia con la condición de adolescente o adulto. Al valorar la percepción de la funcionalidad familiar y la percepción de la calidad de vida por adolescentes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas y por adultos no se encontró una relación de dependencia. (p. 18)

En el estudio realizado por Remor (2002), cuyo título fue: Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Donde el objetivo fue verificar, por una parte, la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), específicamente si un bajo apoyo social implica peores resultados en la CVRS, y por otra, establecer el peso relativo del apoyo social en la predicción de la CVRS en una muestra de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El método empleado fue Transversal, descriptivo y correlacional. La muestra de estudio fue de 100 pacientes adscritos a la unidad VIH de un hospital universitario. Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario de apoyo social Duke-Unc-11, cuestionario de CVRS MOS-SF30. Los resultados fueron: Se han detectado diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentaban; en concreto, aquellos con un bajo apoyo social han presentado una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y experimentaban peor salud física y emocional que en el mes anterior. En conjunto la CVRS fue peor en aquellos sujetos con un nivel de apoyo social bajo. En el mismo sentido, a través de la ecuación de regresión lineal, el nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la CVRS. (p. 143)

Nacionales

En el estudio realizado por Díaz (2013), en su investigación cuyo título fue: Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el Hospital Santa Rosa, 2012. Donde el objetivo fue determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en consultorio externo de oncología del Hospital Santa Rosa. El método empleado fue descriptivo de corte transversal; El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 73 pacientes. Los instrumentos empleados fueron un formulario tipo Escala de Likert modificada aplicados previo consentimiento informado. Los resultados fueron: Del 100% (73), 51% (37) tienen una percepción medianamente favorable, 26% (19) desfavorable y 23% (17) favorable. En la dimensión física 57% (42), tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable, de igual modo 55% (40) en la dimensión psicológica y 45% (33) en la dimensión social. En cuanto al apoyo social, 41% (30) tienen una percepción medio, 30% (22) a bajo y 29% (21) alto. Respecto a las funciones del apoyo social la que más predomina es la interacción social ya que 52% (38) tienen un nivel medio, 25% (18) alto y 23% (17) bajo. (p. ix)

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

Apoyo social

García Fuster, define el apoyo social como un proceso de percepción en el cual la influencia de la sociedad que permita satisfacer las necesidades de las situaciones cotidianas, ya sean estas positivas o negativas. Asimismo, menciona que actualmente el término apoyo social se utiliza para designar una característica abstracta de las personas, conductas, relaciones o sistemas sociales. (1997, p. 26)

También hace referencia a las formas de clasificación del apoyo social por Vaux, en la que propone sustituir el término de apoyo social por tres constructores: recursos de la red, valoración del apoyo social y conductas de apoyo. Asimismo menciona la taxonomía realizada por Laireiter y Baumann,

proponiendo cinco componentes: a) integración social (participación de la persona en la vida social de su comunidad y de la sociedad), b) fuentes de apoyo potenciales y actuales (red de apoyo y recursos de apoyo), c) el apoyo como una característica de los agregados sociales y del entorno social (clima de apoyo, entorno de apoyo), d) apoyo recibido y proporcionado y, e) apoyo percibido. (1997, p. 26)

Adicionalmente García Fuster, hace una mención de la relación entre el apoyo social y variables en los ámbitos de salud y ajuste psicosocial, indicando lo siguiente:

1. Se ha observado repetidamente que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud física (por ejemplo, menor incidencia de enfermedades coronarias, menores complicaciones en el embarazo, menor número de ataques de asma, etc.)
2. El acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se han asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión.
3. El apoyo social modera los efectos negativos del estrés laboral y el desempleo.
4. El aislamiento social se ha identificado repetidamente como un correlato o factor de riesgo del maltrato infantil y de la retirada del menor del hogar.
5. El acceso a una red social positiva ha demostrado ser un mejor predictor del éxito en la integración comunitaria que otros tratamientos para pacientes mentales, menores en centros de tratamiento residenciales y para la vuelta de delincuente juvenil a la comunidad.
6. El entrenamiento en habilidades ha demostrado ser relativamente inefectivo para influir en conductas arraigadas en madres con pobres ingresos y pacientes mentales a menos que se utilice al mismo tiempo una estrategia interventiva que trate de vincular a estas personas en una red de contactos sociales positivos.
7. Es más improbable para las personas que han sido maltratadas en su infancia pero que poseen una red social fuerte y activa repetir los malos tratos con sus propios hijos.

8. La disponibilidad para una persona que ha perdido a su pareja de una red social compuesta por personas que han sido capaces de superar un mismo suceso vital proporciona tanto fortaleza como un modelo para afrontar la pérdida.
9. Las personas de la tercera edad que no está vinculadas a una red informal de apoyo, tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios formales, el bienestar personal tiende a reducirse y la probabilidad de ser institucionalizadas se incrementa.

Lo que señala el autor, también que no solo se identifica la importancia que las relaciones sociales de apoyo y la integración social tienen en la salud física y mental y en el ajuste social, si no que sugiere una nueva forma de entender la intervención social en la que los recursos sociales del entorno natural pueden desempeñar un rol en el logro de los objetivos de la intervención. (1997, p. 28)

El apoyo social mantiene una correlación positiva entre el ámbito social (entorno) y salud, aparece a través de dos procesos muy diferentes. Un modelo propone que el apoyo social ejerce una influencia positiva y directa sobre la salud. Es decir, si un individuo está integrado en su ambiente social gozará de mayor bienestar psicológico, debido a las experiencias positivas, estabilidad y autoestima que le proporcionan unas adecuadas redes sociales. De igual forma la integración en una red social puede ayudar también a evitar experiencias negativas que aumentarían la aparición de trastornos psicológicos o físicos. Además, desde esta perspectiva, la influencia positiva del apoyo social es independiente de otros factores como el nivel socioeconómico, el sexo o la biografía de la persona. El segundo modelo, está relacionado con la salud solamente o principalmente en la persona que se encuentran bajo stress producido por determinado evento de vida. Se le denomina modelo "amortiguador" porque, desde esta perspectiva, el apoyo social amortigua los efectos negativos que podrían producirse sobre la salud. (Buendía, 1991, p. 189)

Asimismo, menciona que un adecuado apoyo puede intervenir entre la experiencia de stress y el comienzo del resultado patológico para reducir o

eliminar la reacción ante su impacto. Y concluye en que el término apoyo social se expresan tres perspectivas de análisis diferentes:

- a) La existencia o cantidad de relaciones sociales. En ese sentido las relaciones sociales con las que uno cuenta, van a contribuir a su integración en el medio social cuando son suficientes y adecuadas, o a su aislamiento cuando no lo son.

La cantidad de relaciones sociales constituye el nivel básico de análisis de apoyo social. La participación del individuo en organizaciones voluntarias pone de manifiesto la extensión y el sentido de pertenencia a un determinado ambiente social

- b) Una segunda perspectiva de análisis se refiere a las redes de apoyo. Este concepto hace referencia a la contrapartida socio-estructural del apoyo social, las interacciones sociales de un individuo dentro de una determinada red social con características estructurales específicas. El análisis de la red social pone el acento en el marco en que tiene lugar las relaciones sociales y trata de describir los patrones estructurales de los vínculos sociales para observar los efectos que producen los diferentes patrones de interacción.

- c) Una tercera perspectiva en la que el término “apoyo social” trata de identificar las consecuencias de la existencia y mantenimiento de las relaciones sociales: afecto, afirmación y ayuda. Se pone el acento aquí en las funciones de las relaciones sociales y no en su estructura. Esta tercera perspectiva es la más comúnmente aceptada. Desde esta última perspectiva se han elaborado distintas definiciones que consideran el apoyo social como un constructo multidimensional, por la diversidad de efectos positivos que aporta: emocionales, informacionales e instrumentales. Aunque algunos investigadores no han logrado reflejar esta multidimensionalidad en sus instrumentos de medida la mayoría sí han aplicado escalas capaces de identificar diferentes categorías. (1991, p. 192)

En la cita que realizan Bote y Sanchez, del autor Cameron (1990) se señala que existe una relación entre el apoyo social y calidad de vida, siendo esta relación en diferentes ámbitos como son la salud y psicológico, precisando que existe una relación entre el buen estado de salud física y el apoyo social, a lo que además señala que el tener relaciones íntimas o redes sociales se encuentra asociado con tener un adecuado bienestar psicológico y éxito en la integración con la comunidad. (2011, p. 21)

El ministerio de la Salud, en su cuaderno de promoción de salud n.º 17 - determinantes sociales de la salud en el Perú, señala que el apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia a una mejor salud. Así, entre otros: Las personas que tienen menos contacto social y comunitario tienen mayor probabilidad de morir que aquellas con mayores relaciones sociales. Los riesgos relativos ajustados a la edad de aquellos más aislados cuando se compara con aquellos con más contactos sociales fue de 2,3 para los hombres y de 2,8 para las mujeres. La asociación entre contacto social y mortalidad era independiente del autodiagnóstico de salud hecho en el año que se inició el periodo de estudio, del año en que murieron, del estatus socioeconómico y de las prácticas de salud tales como fumar, consumir bebidas alcohólicas, obesidad, actividad física y de la utilización de servicios de salud preventiva (Berkman y Syme, 1979). Se postula que las redes de apoyo social se asocian a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida. Además, debido al apoyo básico que la familia y los amigos brindan en alimentación, vivienda y atención cuando están enfermos o cuando deben cambiar de estilos de vida. Esto en referencia al mecanismo, pero de base está el principio fundamental de las redes de apoyo social, la reciprocidad. La importancia del apoyo social no sólo se da entre individuos, entre éstos y un grupo, y entre grupos (formales o no) sino que se extiende también, a la comunidad en su conjunto. Dos tópicos son centrales en relación con las redes sociales y la salud: la reciprocidad y el capital social. (Lip y Rocabado, 2005)

Arredondo, Márquez, Moreno y Bazán, señala que el apoyo social es un proceso interactivo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso. Clasifica el apoyo social que se divide en:

Apoyo emocional o afectivo, en el cual se distinguen las demostraciones de amor, empatía, la disponibilidad de las personas para proporcionar esas emociones y la percepción por parte del individuo de estas manifestaciones de apoyo.

Apoyo confidencial, que se entiende como la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda.

Y apoyo informacional que se refiere a los contactos a través de los cuales se recibe información o consejo en el entorno familiar, laboral y comunitario. (2006, p. 44)

Como vemos el apoyo social, permite a las personas crear vínculos con la comunidad; también surte como amortiguador para disminuir las situaciones de estrés producidos por la enfermedad, favoreciendo de esta manera el pronóstico de mejoría del paciente.

Calidad de vida

La calidad de vida, Garduño, Salinas y Rojas dentro de su texto señalan que este concepto involucra diferentes grados de aspectos emocionales, intelectuales y culturales, así mismo este concepto va mas alla del confort material; por otro lado recoge como defición de otros autores lo siguiente: “calidad de vida como un concepto complejo y abstracto; se presenta como un concepto multidimensional y se relaciona fuertemente con la percepción de bienestar, siendo ésta más individualizada que generalizable, puesto que la gente suele reaccionar de manera diferente a situaciones idénticas”. (2005, p. 63)

Por otro lado, Garduño et al indica que la calidad de vida se presenta de distinta manera encada persona, es decir, cada persona tiene su modo de percibir conforme sus conceptos, de acuerdo con la interacción que tenga este con el medio ambiente o ambiente que lo rodea y/o de las circunstancias que lo rodea. Estas circunstancias deben evaluarse: primero, conforme las experiencias de la persona; segundo sobre la asociación entre las vivencias y el concepto personal de las mismas y tercero, se debe asignar una calificación de las cosas vividas para saber discriminarlas a nivel de importancia. (2005, pp. 65.66)

Para Alfageme Chao, la calidad de vida es un concepto similar con el bienestar, relacionado a ideas que cualquier persona pueda tener en su mente, el tener calidad de vida, lo define como estar a gusto, encontrar bien, llevar una vida digna, ser feliz. Así mismo, indica que este concepto es complicado, porque es subjetivo, íntimo y espiritual. También propone un modelo de bienestar social, en el que considera su relación con dos conjuntos de elementos: los recursos, en un sentido amplio de que disponen las personas y la diversidad de posibilidades de participación que ofrece la vida social; indica que ambos elementos se influyen mutuamente y a la vez pueden ser presentados como causa y efecto del bienestar social o la calidad de vida. (2013, p. 95)

Respecto a la calidad de vida, Hernández, Armayones, Boixadós, Pousada, Guillamón& Gómez-Zúñiga; señalan que la calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, ya que:

“aparece durante los años setenta, la aparición de este concepto está ligada, a las ciencias médicas: por la disminución de la mortalidad prematura que a lo largo del siglo XX se produce en las sociedades desarrolladas hace que los índices ligados a la cantidad de vida (como la esperanza de vida) resulten cada vez menos informativos con respecto al nivel de salud de la población y que sea necesario un enfoque diferente para tener una percepción real. Indica también que este concepto es comenzado a ser considerado de vital importancia, porque permite concentrarnos en el individuo y su perspectiva ante aspectos centrales de su vida, disponer de un marco para diseñar

intervenciones y evaluarlas, configurar un constructo social que usaremos como agente de cambio en la vida de las personas”. (2009, p. 64)

Adicionalmente, señala que calidad de vida conforme lo definido por la Organización Mundial de la Salud – OMS “es la percepción que los individuos tienen respecto a su posición en la vida en el contexto de cultura y valores dentro del cual viven, y la relación que guardan con sus metas, expectativas y preocupaciones” y “en un sentido más operacional, puede entenderse como la evaluación de la medida en que las circunstancias de la vida son satisfactorias o susceptibles de mejora”. (2005, p. 64)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales). (Cardona & Agudelo, 2015, p. 85)

La OMS, consciente de que cada dimensión o componente tiene un peso diferente en la calidad de vida, según estándares culturales validados por las comunidades, desarrolló un proyecto multicéntrico en 15 ciudades de 14 países, con pacientes de diversas patologías y población general, utilizando de la investigación cualitativa la técnica de grupos focales, con el fin de clarificar los significados y representaciones sociales del concepto según diferentes culturas, y de la investigación cuantitativa, el análisis factorial, la confiabilidad y validación de

constructo y la validación discriminante. Así emergieron cuatro grandes dimensiones: física, percepción sobre las condiciones físicas; psicológica, percepción sobre las condiciones afectivas y cognitivas; social, percepción sobre las relaciones sociales; y ambiental, percepción sobre el ambiente en el que se vive. (Cardona et. al, 2015, p. 85)

De acuerdo a la investigación realizada por Aranibar, define que el concepto de calidad de vida debería ser definido por el propio sujeto quien definiera el concepto. “Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; es probable que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones”. En la definición de los componentes, dimensiones o dominios de la calidad de vida se han utilizado dos estrategias: la teórica y la empírica. Por ejemplo, desde la perspectiva teórica Lawton (1991) hipotetiza cuatro aspectos evaluativos: bienestar psicológico, calidad de vida percibida, competencia conductual y entorno objetivo. Por su parte la OMS (1993) conceptualiza cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno.

Definir empíricamente los contenidos o componentes de la calidad de vida significa preguntar a los individuos acerca de los componentes de su calidad de vida. Usando esta estrategia Flannagan (1982), define cinco categorías principales: Bienestar físico y material, relaciones con otras personas; Actividades sociales, comunitarias y cívicas; Desarrollo personal; Factores socioeconómicos; Factores de Autonomía personal; Satisfacción subjetiva y Factores de personalidad.

Gallopin (1982), define la calidad de vida como propósito superior de los procesos de planificación aparece asociada a la satisfacción del conjunto de

necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de las comunidades, la preservación de la cultura de la sociedad en que se insertan las condiciones ambientales, unidas a las formas de organización interna que una sociedad posee para satisfacer estos requerimientos.

Para los autores si consideramos calidad de vida como un sistema de necesidades interrelacionadas e ínter actuantes podemos establecer que cada una de las dimensiones o componentes de la calidad de vida tienen diferentes satisfactores, entendido estos como los medios cuyo uso y consumo permiten la satisfacción de esas necesidades. Cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las necesidades fundamentales. En cada sistema, estas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores, los cuales no están igualmente distribuidos ni entre los grupos sociales, ni entre géneros, ni entre generaciones, ni a nivel espacial. (Aranibar, 2015, p. 5)

De acuerdo a la investigación realizada por Gómez, señala que a partir del Informe Acherson de 1988 que en la literatura de la OMS se comienza a introducir el concepto de calidad de vida asociado a la salud pública. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervenciones sanitarias. En Ginebra (1966) durante el Foro Mundial de la Salud, el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Es un concepto extenso y complejo; que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno. Esta definición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas y arraigadas en un contexto cultural, social y ambiental. ¿Qué es la 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. El objetivo de 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. La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud, más allá de los tradicionales indicadores de salud tales como mortalidad y morbilidad, sino que incluya mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas. La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida, no pretende medir los síntomas, enfermedades o discapacidades, sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico sobre la salud repercutiendo en la calidad de vida del sujeto. Para tal fin se creó el WHOQOL-100 (1991) e WHOQOL-BREF (1994) único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que se comprometieron y realizaron la construcción de esta escala, que involucra un abordaje colaborativo para el desarrollo de un instrumento internacional. Con este abordaje, la estandarización y equivalencia entre los grupos sumado a los problemas de traducción fueron los primeros desafíos que debió enfrentar en su desarrollo este instrumento. La calidad de vida de los entrevistados será evaluada en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales ellos viven y específicamente, en relación a sus objetivos, estándares e intereses. Se han identificado 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales espirituales. Ambos instrumentos están sujetos a refinamientos que incluyen las modificaciones periódicas del manual del usuario, como la actualización de las normativas y propiedades psicométricas, se debe consultar periódicamente la actualización del manual. El constructo del concepto

de calidad de vida ha estado tradicionalmente asociado al de enfermedad y concebido como la relación entre las consecuencias de la enfermedad, las debidas al tratamiento y las experiencias subjetivas (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social). El instrumento WHOQOL en la investigación de la calidad de vida, da cuenta de la misma – centrada- en el estudio de la satisfacción global del individuo con la vida y la sensación general de bienestar. Entonces es posible considerar a la calidad de vida como un constructo multidimensional que podría operacionalizarse a partir de la suma de cada una de las dimensiones relevantes que conforman la vida del individuo. Podríamos decir también que los indicadores sociales de más frecuente uso sobre la calidad de vida, cuando son analizados inducen a preguntarnos si no se estará midiendo la irradiación de patrones de vida generados en sociedades industriales avanzadas sobre otras. Desafortunadamente resulta frecuente comprobar que la conceptualización de la calidad de vida es reducida a los aspectos socioeconómicos de nivel de vida (un indicador económico y objetivo) y/o solamente a la posibilidad de acceder a cierta función o no y que la noción psicológica de calidad de vida casi no es tomada en cuenta. La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud y calidad de vida basada la mayoría de las veces en evaluaciones externas “objetivas”. (Gómez, 2009, p. 7)

La calidad de vida engloba e integra cuatro dimensiones, que son:

Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión relaciones social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (Mercer, 2011)

Dimensión Entorno, Osorio, Torrejón y Vogel señalan que corresponde al: Entorno social y familiar con el cual interaccionan las personas mayores y que influye en sus actividades y percepción de calidad de vida. (2008, p. 107)

En tal sentido podemos resumir diciendo que la calidad de vida, se encuentra estrechamente relacionado al bienestar o salud, en relación con la percepción de las personas, conforme a la definición que el individuo tenga sobre su calidad de vida.

Tuberculosis pulmonar

Vinaccia et al, define a la tuberculosis pulmonar como: “una infección bacteriana crónica causada por mycobacterium tuberculosis que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas (tumores granulares)”. Siendo esta una de las enfermedades con mayor significancia en nuestro país. (2007, p. 245)

Para Loayza (2016) “la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de gran impacto en la salud de las personas”, causada específicamente por el mycobacterium tuberculosis, “considerada hasta la actualidad como un problema de salud pública; la misma que trae consigo devastadoras consecuencias no solo en la salud, sino también a nivel social y económico, sobre todo en los países en vías de desarrollo”. (p. 9)

Para Torres, la tuberculosis comprende distintos ámbitos de la salud, entre ellos incluido el soporte social, por lo tanto, sostiene que: La enfermedad física, el trastorno depresivo y a veces por la carencia de apoyo social percibido y efectivo afectan definitivamente la vida del enfermo, teniendo entonces que replantear sus prioridades, el adaptarse a nuevos estilos de vida, el convivir lo mejor posible con

la enfermedad, haciéndose difícil el proceso de adaptación en la mayoría de los casos, si no encuentra el apoyo psicológico y soporte social suficiente. Entonces tener una enfermedad altamente contagiosa como la tuberculosis pulmonar, el entrar a un programa de tratamiento antituberculoso prolongado y supervisado, el pertenecer a una red social pequeña, los problemas familiares, sociales y económicos que tiene que vivir el paciente con tuberculosis pulmonar; podrían afectar su estado psicológico y su interacción social de forma negativa. (2002, p. 5)

La Organización Mundial de la Salud - OMS, en su programa de tuberculosis señala que esta enfermedad es causada por la bacteria *mycobacterium tuberculosis*, que en su mayor proporción afecta a los pulmones, esta enfermedad es curable y prevenible, sin embargo, de larga recuperación cuando la enfermedad es adquirida.

De acuerdo a lo publicado por la OMS, en su sitio web oficial, la posibilidad de infección de una persona en su vida es del 10%, sin embargo, este índice crece cuando la persona infectada es portadora de otras enfermedades (tales como: VIH, diabetes, cáncer) o enfermedades de pulmón (como: fibrosis pulmonar, enfisema, bronquiectasias). Esta enfermedad se presenta con síntomas leves como tos, fiebre, sudoración nocturna, entre otros; que puede confundirse con otras enfermedades comunes, más la duración de los síntomas son prolongadas. Como consecuencia las personas infectadas demoran en buscar atención médica y van transmitiendo esta enfermedad durante ese tiempo, el tratamiento en su mayor proporción tiene una duración de seis (6) meses con la administración de antimicrobianos. Asimismo, se estima que desde el año 2000, gracias al diagnóstico y tratamientos efectivos dado a los pacientes, se han salvado más de 43 millones de vidas, de acuerdo a lo publicado por la OMS, en su sitio web oficial.

Asimismo, en su investigación indica que entre los años 1995 y 2014, “se han notificado un total de 78 millones de casos acumulados y 66 millones de los pacientes fueron tratados con éxito. En 2014, 6,3 millones de casos de

tuberculosis fueron notificados por las autoridades nacionales de los programas contra la tuberculosis (PNT) y notificados a la OMS”.

Conforme el último estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología sobre la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú, señala que: “Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual”, reportándose para el año 2014 “ alrededor de 27,350 casos nuevos de TB y la incidencia de TB reportada fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes”. (Soto y Chavez, 2015, p. 13)

Es de mencionar que los departamentos que presentaron mayor incidencia entre los años 2013 y 2015 fueron los departamentos de Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima, e Ica con un total de 72% de casos reportados a nivel nacional. Y en el departamento de Lima el mayor porcentaje (60%) se concentra en los distritos ubicados en la periferia (San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco). Siendo que la población afectada se encuentra en un promedio de los 35 años de edad, el rango predominante entre los 21 y 48 años; y las personas que se encuentran más susceptibles a esta enfermedad son las personas sin empleo y/o jubilados. (Soto y Chavez, 2015, p. 13)

En nuestro país de acuerdo a la resistencia de la enfermedad, puede calificarse de la siguiente manera:

- Tuberculosis pulmonar sensible: corresponde a los pacientes que responden favorablemente al tratamiento inicial contra esta enfermedad.
- Tuberculosis resistentes; esta calificación se habla de la resistencia farmacológica a antituberculosis, las misma que se subdivide en: “a) TB MDR (TB causada por cepas de M. tuberculosis, resistentes simultáneamente a los fármacos isoniacida y rifampicina); b) TB XDR (TB causada por cepas de M. tuberculosis, resistentes a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (Amikacina,

Kanamicina o Capreomicina), de manera simultánea); c) TB monorresistente (TB causada por cepas de M. tuberculosis resistentes a solamente a un fármaco antituberculosis) y; d) TB polirresistente (TB causada por cepas de M. tuberculosis resistentes a más de un fármaco antituberculosis sin cumplir criterio de TB MDR)". (Soto y Chavez, 2015, p. 51)

Para saber si tengo Tuberculosis Multidrogoresistente (TB MDR), existe una prueba denominada Prueba de Sensibilidad, la cual determinará si el paciente se encuentra contagiado.

Bonilla como parte de su investigación acerca de la tuberculosis en el Perú, sostiene que: (...) es considerada como una prioridad sanitaria nacional, con un enfoque multisectorial e interinstitucional; que permite el abordaje integral y multifactorial, en un contexto de alianzas estratégicas, para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional orientada a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo efectividad de alta rentabilidad económica y social.

Se ha hecho considerables progresos en prevención y control de la tuberculosis y son evidentes los logros, el año 1992 se notificaron en total más de 55 000, mientras que el 2007, se ha logrado reducir esta cifra en 32,7%, la meta al 2011 es disminuir el número de casos en 50%. La tasa de morbilidad (total de casos) para el año 2007 fue 125,1 x 100 000 habitantes y el año 1992 se reportó 256,1 x 100 000 habitantes (periodo de máxima tasa). (2008, p. 164)

El proceso de contagio de esta enfermedad es por vía respiratoria, siendo transmitida de persona a persona, cuando un enfermo con tuberculosis pulmonar expulsa al ambiente los bacilos de la tuberculosis al toser, estornudar o escupir; y por consecuente una persona sana inhala estos bacilos puede convertirse en portador y desarrollar la enfermedad cuando disminuya las defensas en su organismo. Por otro lado, nuestro país existe un alto índice de adquisición de la

enfermedad, a pesar de existir políticas y programas para combatirla, más las diferencias socio económicas y el conocimiento sobre esta enfermedad hacen que la propagación de ésta sea más rápida, considerando que en la región se tiene una tasa de 50 casos por 100 mil habitantes.

En la Marina de Guerra del Perú, teniendo conocimiento de la realidad en salud sobre la tuberculosis, a partir de las directivas y programa para la prevención de la tuberculosis a nivel país, emite la directiva de prevención y control de la tuberculosis en la Marina de Guerra del Perú, DISAMAR N° 012-13; cuyo objetivo es: Establecer disposiciones correspondientes para la detección, control y prevención de la tuberculosis, con la finalidad de disminuir el contagio en el medio naval, favoreciendo su identificación precoz o captación temprana. En sus disposiciones generales, precisa que los organismos darán cumplimiento a las acciones que se indican a la presente directiva.

Asimismo, en las disposiciones específicas, establece que:

1. El director del Centro Médico Naval es responsable de la Estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, a través del médico neumólogo responsable.
2. Los centros médicos, policlínicos y enfermerías de las unidades y dependencias, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto.
3. Comandos de unidades y dependencias, darán máxima difusión al contenido.

En la directiva se establece, para la prevención de la tuberculosis en el medio Naval, lo siguiente:

- Debe realizarse un diagnóstico precoz; la medida preventiva más eficaz es evitar el contagio directo de la enfermedad tuberculosa, detectando precozmente y eliminando las posibles fuentes de infección. Por esta razón en forma permanente en todo establecimiento debe realizarse la

identificación y el examen inmediato de esputo de las personas definidas como sintomático respiratorios.

- Todo el personal identificado y registrado como sintomático respiratorio con baciloscopía negativa, con una etiología de sospecha infecciosa, deberá tener un estudio exhaustivo por parte del servicio de neumología del Centro Médico Naval, el cual decidirá, si ameritase, su inclusión en el tratamiento para tuberculosis o el seguimiento clínico en la especialidad por el tiempo que se estime conveniente
- El mencionado estudio de seguimiento consistirá en evaluar los aspectos clínicos de laboratorio, imagenología de tórax, PPD y bacteriológico en esputo (BK directo seriado, cultivo BK de esputo) debiendo ser realizado por el médico internista o especialista en neumología de la localidad, durante un tiempo periodo de tres meses.
- De presentarse un caso de personal naval en actividad de tuberculosis en dependencia fuera del área Lima y Callao, deberá ser evacuado al Centro Médico Naval como centro hospitalario de referencia para su tratamiento definitivo.

Por lo expuesto, a todo personal naval con sospecha de tuberculosis, se le realiza el despistaje respectivo, con una toma radiológica de pulmón, prueba de BK en esputo y examen clínico por el médico neumólogo. De identificar un caso (persona enferma) se realiza las gestiones hospitalarias para su internamiento en la sala de neumología (sala 5-3) para realizarle los exámenes completos sobre la enfermedad; siendo los resultados positivos, se traslada al paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar a la sala de tisiología (3-2) para su internamiento en ambientes aislados de acuerdo a la gravedad (TB. Sensible; TB. MDR.; TB. XDR.) y grado de dependencia del paciente, con las medidas de bioseguridad correspondiente, para luego realizar su control, evaluación y tratamiento.

Mientras sea positivo los resultados, el paciente se mantendrá hospitalizado; de acuerdo a los resultados negativos de los exámenes realizados al paciente, puede salir de alta hospitalaria y pasar a control ambulatorio en la estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis del Centro Médico Naval,

hasta el término del tratamiento farmacológico que pueden tener una duración entre los 6 meses y 2 años, de acuerdo al resultado los controles y exámenes de laboratorio correspondientes.

1.3. Justificación

Justificación teórica, el presente estudio permite reforzar el conocimiento de la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval; así como la interacción entre estas dos variables.

También nos permite demostrar el comportamiento y evolución en el tiempo de esta enfermedad de manera favorable y en relación con las estrategias de salud a nivel nacional y mundial para combatir esta enfermedad.

Justificación práctica, la presente investigación permite determinar las áreas o dimensiones del apoyo social y calidad de vida que influyen sobre el paciente, lo cual ayudará a generar estrategias que permitan mejorar el nivel de apoyo social y optimizar la calidad de vida.

A través de estrategias participativas, programas de educación para la salud y talleres permanentes, dirigidas al paciente con tuberculosis pulmonar, relacionados con la calidad de vida y apoyo social de acuerdo a la realidad institucional; así como brindar información adecuada y actualizada respecto a su condición de salud, para su rápida recuperación y reinserción social.

Justificación metodológica, la presente investigación proporciona una validez y confiabilidad del instrumento utilizado, denominado cuestionario sobre la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, la cual servirá para otras investigaciones.

Justificación legal, la presente investigación se sustenta a nivel mundial según la catalogación efectuada por la biblioteca de la Organización Mundial de la

Salud, que señala en las directrices sobre la atención de la infección tuberculosa latente (I.O.MS ISBN 978 92 4 354890 6, Clasificación NLM: WF 200).

En el Perú, el marco legal es la Ley n° 30287.- Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú, y su reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo n° 021-2016-SA. Asimismo, el Ministerio de Salud aprueba procedimiento y normas para la atención de pacientes, encontrándose la Norma Técnica de Salud n° 104-MINSA/DGSP-V.01 para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, aprobado con Resolución Ministerial n° 715-2013/MINSA.

En tal sentido, la Marina de Guerra del Perú emite la Directiva de prevención y control de la tuberculosis aprobada - DISAMAR N° 012-13.

1.4. Problema

Realidad Problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en los denominados países desarrollados o en vías de desarrollo, en 2014 se notificó 6 millones de nuevos casos de TB, una cifra que representa menos de dos tercios (el 63%) de los 9,6 millones estimados de personas que adquirieron la enfermedad. Por tanto, el 37% de los nuevos casos registrados en el mundo no se diagnosticaron o no se notificaron y, por ende, no es posible saber la calidad de la atención que recibieron. (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2015).

En América latina y el Caribe, para el año 2012 se estimó una incidencia de tuberculosis de 29 casos por 100 mil habitantes, en su mayoría los casos nuevos tuvieron lugar en Haití, Bolivia, Guyana y Perú, países que reportan las más altas incidencias de la región. (Soto y Chavez, 2015, p. 19)

En el Perú, existen más de 35,000 casos por año de tuberculosis, lo que representa una tasa de incidencia mayor a 109.5 casos por 100,000 habitantes.

Asimismo, conforme a lo publicado por el Ministerio de Salud, en su análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015; para el año 2014 en Lima y Callao se han presentado 16,618 casos nuevos de Tuberculosis con una incidencia de 155.5, con un porcentaje de 60.7% de casos nuevos. Y entre los años 1997 al 2014 se han detectado, más de 15 mil casos de TB MDR, cuya tendencia muestra un patrón creciente, donde la proporción de casos de TB MDR entre los casos de TB reportados en el país, para el año 2013 y 2014 fue de 4%, mayor a lo reportado en años anteriores. (Soto y Chavez, 2015.)

Los casos presentados en las fuerzas armadas representan menos del 1% de los casos totales a nivel país. El Centro Médico Naval, recibe casos de tuberculosis procedentes de áreas distritales de Lima, Callao y Provincias con alta carga de tuberculosis sensible y tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), el 75% de casos son en promedio de edades entre 15 y 54 años, la que corresponde a una etapa productiva ocupacional. Los datos estadísticos obtenidos de la estrategia sanitaria para el control de la tuberculosis en el Centro Médico Naval, detalla que en los últimos 2 años se ha detectado un promedio de 79 casos nuevos de tuberculosis anualmente; para el año 2015 se presentó 91 casos nuevos de tuberculosis, la cuales 78 casos fueron de tuberculosis pulmonar (69 varones y 9 mujeres); siendo 2 casos con tuberculosis multidrogoresistente y 76 casos con tuberculosis sensible. Así también se presentó 13 casos entre tuberculosis pleural y dérmica.

Por otro lado, en el año 2016 se presentó 67 casos nuevos de tuberculosis, la cuales 49 casos fueron de tuberculosis pulmonar (42 varones y 7 mujeres); siendo 7 casos con tuberculosis multidrogoresistente y 42 casos con tuberculosis sensible. Así también se presentó 18 casos entre tuberculosis pleural y ganglionar; no habiéndose presentado a la fecha casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR). A diferencia de los casos tratados en el Ministerio de Salud, los pacientes con tuberculosis a la fecha son curados al 100%, no existiendo fracasos, ni abandonos.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar son considerados por la sociedad como un ente transmisor con alto nivel de contagio; el Centro Médico Naval como parte de sus protocolos de atención, hospitaliza al enfermo ya diagnosticado con tuberculosis pulmonar de uno a dos meses, a fin de mantenerlo aislado y evitar contagio con los individuos de su entorno.

El tratamiento contra la tuberculosis pulmonar durará un periodo de seis meses como mínimo, esta situación genera en el paciente distintas percepciones, emociones y conflictos por encontrarse de esta manera relegado de sus actividades cotidianas y al no poder recibir visitas no podrá percibir el apoyo moral y social de su familia, amigos y comunidad; situación que agrava aún más la salud física y psicológica del paciente.

Los pacientes con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar se ven afectados su salud, alterando y disminuyendo la calidad de vida, al tratar de adecuar las nuevas condiciones y formas en sus actividades, acciones y decisiones, puesto que la enfermedad los limita funcionalmente en su salud; el cambio en su calidad de vida se va reflejar diariamente, porque va presentar diversos síntomas que van a deteriorar progresivamente su estado de salud y haciéndose cada vez más notorio; en consecuencia por la condición que se encuentra el paciente le va conllevar a ser hospitalizado con un tratamiento que podría extenderse hasta los dos años, circunstancia que influirá en su persona, familia y entorno, esto conllevará a un cambio sustancial en la calidad de vida, las cuales se reflejarán en los siguientes aspectos negativos de su salud.

- En la salud física, afecta al paciente en diversas maneras sobre todo en su calidad de vida, donde va a percibir una debilidad y cansancio que lo mitigará a estar postrado en cama y tener demasiado sueño, que lo desmotivará a realizar las funciones diarias en el hogar, realizar trabajos remunerativos para el sustento de él y familia. Asimismo, disminuirá de peso por la falta de apetito al no querer alimentarse de manera adecuada, también presenta dolor torácico y tos intensa por un tiempo continuo, esto condiciona y decae su estado de salud.

- En lo psicológico, el paciente presentará ideas inestables, ya que es un cambio rotundo en la vida diaria, al asumir una estilo de vida nuevo y presumir que su condición no pueda ser curable, y se hace reactivo a un cambio al sentirse vulnerable, incomprendido, baja autoestima y ser marginado por la enfermedad.
- En lo social, el paciente será aislado para evitar el contagio a otras personas, lo que no le permitirá a desarrollar sus relaciones interpersonales con su familia, amigos y entorno, que se caracteriza por brindar afecto, amor, amistad, esta condición lo limitará a socializarse y mantendrá cautivo en su propio ser.
- El paciente en su entorno se verá con otras personas en su misma condición de enfermedad y así también pacientes más complicados en su salud, ello permitirá ver una realidad adversa que tiene que evaluar el mismo y por consiguiente conservar una buena calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio busca respuesta sobre:

Problema Principal

¿Cuál es la relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016?

Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre percepción del apoyo social confidencial y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval?

¿Cuál es la relación entre percepción del apoyo social afectivo y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval?

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

Existe relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Hipótesis Específica

Existe relación entre percepción del apoyo social confidencial y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Existe relación entre percepción del apoyo social afectivo y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

1.6. Objetivos**Objetivo General**

Determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Objetivo Específicos

Determinar la relación entre percepción del apoyo social confidencial y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Determinar la relación entre percepción del apoyo social afectivo y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

II. Marco Metodológico

2.1 Variables

Variable 1: Apoyo Social.

Definición conceptual

El apoyo social es el intercambio de afecto, entre los familiares, amistades, grupo laborar y comunidad, en ese sentido es la integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicio entre dos personas (Díaz, 2013, p. 52)

De acuerdo a Arredondo Montes de Oca, Márquez Cardoso, Moreno Aguilera, & Bazán Castro define las dimensiones de apoyo afectivo y confidencial de la siguiente manera: “el apoyo emocional o afectivo en el cual se distinguen las demostraciones de amor, empatía, la disponibilidad de las personas para proporcionar esas emociones y la percepción por parte del individuo de estas manifestaciones de apoyo”. Y “el apoyo confidencial que se entiende como la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda”. (2006, p. 44)

Definición operacional

El apoyo social para la presente investigación se define como a la percepción del paciente sobre la ayuda recibida y percibida de su entorno, esposa(o), familia, amigos y su entorno social y laborar, en la que se divide en dos dimensiones: apoyo afectivo y apoyo confidencia.

La medición de a percepción se realizó bajo la aplicación del cuestionario DUKE-UNC-11, por el cual se procedió su conteo bajo el siguiente criterio: Total percibido normal (≥ 33) y escaso (≤ 32); apoyo confidencial normal (≥ 19) y escaso (≤ 18); y apoyo afectivo normal (≥ 16) y escaso (≤ 15).

Variable 2: Calidad de Vida

Definición Conceptual

La calidad de vida se define como a las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la

satisfacción que esta experimenta, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (Díaz, 2013, p. 36)

Definición operacional

La calidad de vida se define sobre la percepción que tiene el paciente de su salud física, pensamientos sobre sus relaciones, percepción o salud económica; la misma que se divide en cuatro (4) dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. La medición de la percepción se realizó bajo la aplicación del cuestionario Whoqol-Bref, por el cual se procedió su conteo bajo el siguiente criterio: Buena calidad de vida (66-100 puntos), regular calidad de vida (52-65 puntos) mala calidad de vida (0-51 puntos).

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable (1) Apoyo Social

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Apoyo social confidencial	% de pacientes con escaso apoyo confidencial	1, 4, 6, 7, 8, 10	Mucho menos de lo que deseo.	Total percibido Normal (≥ 33) Escaso (≤ 32)
			Menos de lo que deseo.	Confidencial
Apoyo social afectivo	% de pacientes con escaso apoyo afectivo	2, 3, 5, 9, 11	Ni mucho ni poco.	Normal (≥ 19) Escaso (≤ 18)
			Casi como deseo.	Afectivo
			Tanto como deseo.	Normal (≥ 16) Escaso (≤ 15)

Tabla 2*Operacionalización de la variable (2) Calidad de Vida*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Salud física	% de pacientes satisfechos con salud física	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un Poco / Poco • Lo normal / Moderado • Bastante / Bastante satisfecho • Extremadamente / Totalmente / Muy satisfecho 	
Psicológico	% de pacientes satisfechos con salud psicológica	5, 6, 7, 11, 19, 26	<ul style="list-style-type: none"> • Nada / Nunca • Un Poco / Poco / Raramente • Lo normal / Moderado / Medianamente • Bastante / Bastante satisfecho / Frecuentemente • Extremadamente / Totalmente / Muy satisfecho / Siempre 	Buena calidad de vida (66-100) Regular calidad de vida (52-65)
Relaciones sociales	% de pacientes satisfechos con sus relaciones sociales	20, 21, 22	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Poco • Lo normal • Bastante satisfecho • Muy satisfecho 	Mala calidad de vida (0-51)
Entorno	% de pacientes satisfechos con su entorno	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un Poco / Poco • Lo normal / Moderado • Bastante / Bastante satisfecho • Extremadamente / Totalmente / Muy satisfecho 	

2.3 Metodología

El presente estudio fue hipotético-deductivo, puesto que es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-deductivo tiene varios pasos esenciales: Observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En este caso el comportamiento de las variables apoyo social y calidad de vida.

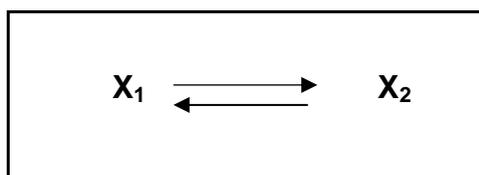
2.4 Tipos de estudio

El presente estudio se realizará con un enfoque cuantitativo de alcance correlacional, en razón que se evaluará el grado de asociación entre dos o más variables, se medirá cada una de ellas, luego se cuantificará y analizará la vinculación. Tales correlaciones se sustentarán en hipótesis y se someterán a prueba. (Hernández et al., 2010, p. 154)

2.5 Diseño

El presente estudio es no experimental, al respecto Hernández manifiesta que el estudio se realizará sin la manipulación deliberada de variables, además no tiene el control directo de dichas variables por lo tanto no se puede influir sobre ellas sino por el contrario se observaran los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

El presente diseño se aprecia en la siguiente figura:



Dónde: X₁: Apoyo social

X₂: Calidad de vida

2.6 Población, muestra y muestreo

Población

La población está constituida por todos los pacientes con tuberculosis pulmonar de ambos sexos, registrados en la base de datos del Centro Médico Naval, que son aproximadamente 49 pacientes.

Muestra

En este estudio no se considerará la realización de muestreo estadístico para determinar la población a estudiar, puesto que la población es pequeña y además se cuenta con tiempo y recurso económico, siendo esta denominada muestra universal. Con fines de estudio se tomaron encuesta a la totalidad de la población, teniendo en cuenta los siguientes:

Criterios de inclusión están dado por:

- ✓ Pacientes con tuberculosis pulmonar que tengan 18 a 60 años de edad de ambos géneros.
- ✓ Pacientes con tuberculosis pulmonar quienes se encuentran inscritos en el Centro Médico Naval.

Criterios de exclusión está dado por:

- ✓ Pacientes con tuberculosis pulmonar, que tengas menos de 18 años cumplidos al momento de ejecutarse los instrumentos.
- ✓ Pacientes que presenten diagnóstico de tuberculosis pleural, ganglionar y cutánea.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

La técnica para la recolección de información se utilizó la **encuesta**, la cual fue aplicada a los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval. Hernández sustenta que “La técnica propone las normas para ordenar las etapas del proceso de investigación, de igual modo, proporciona instrumentos de recolección, clasificación, medición, correlación y análisis de datos, y aporta a la ciencia los medios para aplicar el método” (Hernández et al., 2010)

Instrumentos

El instrumento empleado fue el **cuestionario** estructurado que contiene las preguntas relacionadas a la variable apoyo social y calidad de vida, estos sobre la base de los cuestionarios Duke-Unc-11 para medir la percepción del apoyo social y el cuestionario Whoqol-Bref para medir la percepción de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar.

- Para medir el apoyo social contaremos con el cuestionario Duke-Unc-11

Ficha técnica: Duke-Unc-11

Nombre del instrumento: Duke-Unk Functional Social Support Scale.

Autores: Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988

Procedencia: EEUU.

Administración: Individual

Tiempo aplicación: En promedio 5 minutos.

Aplicación: Se aplica en adultos que se encuentran en tratamiento por algún tipo de enfermedad, para el presente estudio se procedió su aplicación en pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Adaptación: Piña y Rivera evaluó con la versión en español del Duke-Unc-11 Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988). El instrumento consta de 11 preguntas que se miden en un formato tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, que van de 1 (mucho menos de lo que deseo/quiero) a 5 (tanto como deseo/quiero); en su versión original el instrumento se divide en dos subescalas: de apoyo social afectivo (preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y apoyo social de confianza (preguntas 2, 3, 5, 9 y 11). Las puntuaciones mínima y máxima por subescala oscilan entre 6 y 30 para la primera, así como entre 5 y 25 para la segunda, estimándose que existe apoyo social afectivo si se obtiene un mínimo de 18 puntos y de confianza si se obtiene un mínimo de 15 puntos. (2007, p. 56)

Escala y puntuación: Consiste en una serie de 11 preguntas para la valoración de dos dimensiones, apoyo afectivo y apoyo confidencia, a fin de determinar si cuentan con un escaso o normal apoyo.

Rango / nivel: En la evaluación el paciente es considerado los siguientes niveles de medición: Total percibido normal (≥ 33) y escaso (≤ 32), apoyo confidencial normal (≥ 19) y escaso (≤ 18); apoyo afectivo normal (≥ 16) y escaso (≤ 15); esta medición se realiza bajo las respuestas dadas en los siguientes rangos: Mucho menos de lo que deseo, menos de lo que deseo, ni mucho ni poco, casi como deseo, tanto como deseo.

Significación: Valora la percepción sobre el apoyo social de parte de los pacientes con tuberculosis pulmonar

Dimensiones: El cuestionario mide dos dimensiones, apoyo afectivo y apoyo confidencial

Caycho, Domínguez, Villegas, Sotelo y Carbajal hacen referencia que el cuestionario Duke-Unk-11 fue validado por Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan (1988) con la participación de 401 pacientes estadounidenses que asisten a una clínica de medicina familiar, predominantemente mujeres, casados y menores de 45 años, obteniendo coeficientes de confiabilidad entre 0.50 y 0.77, mediante el método test-retest luego de dos semanas. Asimismo, presentó correlaciones promedio ítem total de 0.62 para la Escala de Apoyo de Confianza y de 0.64 para la Escala de Apoyo Social Afectivo. En relación con la consistencia interna de la escala, se estableció un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.89 para la escala total, 0.87 para la Escala de Apoyo Social de Confianza y 0.74 para la de Apoyo Social Afectivo.

Estudios con población inmigrante en España (Rojano et al., 2013) obtuvieron para la Escala de Apoyo de Confianza, un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.84; para la Escala de Apoyo Social Afectivo un Alfa de Cronbach es 0.82, mientras que para la escala total un Alfa de Cronbach es 0.88. (2014, pp. 27 y 28)

Asimismo, en relación a los antecedentes indicados muestra su validación en una muestra de migrantes peruanos varones y mujeres residentes, donde se obtuvieron evidencias de validez y de confiabilidad que apoyan su uso en esta muestra en específico. El análisis de correlación ítem-test encontró asociaciones altamente significativas ($p < 0.001$) para cada uno de los reactivos. La FSSQ presentó elevada consistencia interna (α de Cronbach = 0.82). El análisis factorial confirmatorio realizado reveló que la FSSQ presenta una estructura bifactorial. (2014, p. 30)

➤ Para medir la calidad de vida se utilizará el cuestionario Whoqol-Bref.

Ficha técnica: Whoqol-Bref

Nombre del instrumento: Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref

Autor: The World Health Organization Quality of Life

Procedencia: EEUU.

Administración: Individual

Tiempo aplicación: En promedio 10 minutos.

Aplicación: Se aplica en adultos que se encuentran en tratamiento por algún tipo de enfermedad, para el presente estudio se procedió su aplicación en pacientes con tratamiento de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Adaptación: En 2004 el Centro de Estudios de la Calidad de vida, de la Universidad Bath, del Reino Unido, realizó la validación y confiabilidad del cuestionario para realizar estudios sobre la calidad de vida en entornos clínicos, tal es así que se procedió con realizar las pruebas en adultos, realizada en 23 países (n = 11.830), enfermos y sanos fueron la muestra de la población general, así como de hospital, rehabilitación y centros de atención primaria, que sirve pacientes con trastornos físicos y mentales y con respecto a las cuotas de importantes variables socio-demográficas. La autoevaluación Whoqol-Bref se completó, junto con las preguntas de estado socio-demográficas y de salud. Los análisis de la consistencia interna, las correlaciones ítem-total, la validez discriminante y validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio, indican que el Whoqol-Bref tiene buenos a excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad y se desempeña bien en las pruebas preliminares de validez. Estos resultados indican que, en general, el Whoqol-Bref es una evaluación interculturalmente válida de la calidad de vida, como se refleja en sus cuatro dominios: físico, psicológico, social y medio ambiente. (Skevington, 2014)

Escala y puntuación: Consiste en una serie de 26 preguntas para la valoración de cuatro dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno, a fin de determinar la percepción de la calidad de vida.

Rango / nivel: en la evaluación la percepción del paciente se considera en los siguiente niveles de medición: Buena calidad de vida(66-100), regular calidad de vida(52-65) y mala calidad de vida(0-51)

Significancia: valora la percepción de la calidad de vida de parte de los pacientes con tuberculosis pulmonar

Dimensiones: El cuestionario mide cuatro dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno.

El centro Whoqol de Barcelona, España, autorizó y facilitó el instrumento. El Whoqol-Bref tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

En 2004 el Centro de Estudios de la Calidad de vida, de la Universidad Bath, del Reino Unido, realizó la validación y confiabilidad del cuestionario para realizar estudios sobre la calidad de vida en entornos clínicos, tal es así que se procedió con realizar las pruebas en adultos, realizada en 23 países ($n = 11.830$), enfermos y sanos fueron la muestra de la población general, así como de hospital, rehabilitación y centros de atención primaria, que sirve pacientes con trastornos físicos y mentales y con respecto a las cuotas de importantes variables socio-demográficas. La autoevaluación Whoqol-Bref se completó, junto con las preguntas de estado socio-demográficas y de salud. Los análisis de la consistencia interna, las correlaciones ítem-total, la validez discriminante y validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio, indican que el Whoqol-Bref tiene buenos a excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad y se desempeña bien en las pruebas preliminares de validez. Estos resultados indican que, en general, el Whoqol-Bref es una evaluación interculturalmente válida de la calidad de vida, como se refleja en sus cuatro dominios: físico, psicológico, social y medio ambiente. (Skevington, 2014)

En el Perú, Márquez-Montero en su estudio sobre la Calidad de vida vinculada a salud en población migrante, llevó a cabo un análisis descriptivo de los puntajes de calidad de vida obtenido según grupo de interés migrante o no migrante. Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis para las comparaciones de las puntuaciones obtenidas para calidad de vida, tanto global como por dominios, en cada grupo. En el ámbito de calidad de vida es importante aproximarse a establecer si las diferencias observadas son clínicamente relevantes, siendo la magnitud de los efectos (effect sizes en Inglés) uno de los estimados utilizados (12-15). La magnitud de los efectos para las diferencias en

los puntajes globales y por dominios entre los dos grupos de interés fue calculado dividiendo las diferencias de los valores promedios entre la desviación estándar (DE) del grupo de comparación (13). Este estimado permite que los resultados sean comparables entre distintos dominios. Se consideró la aproximación (rule of thumb) de Cohen para la interpretación de estos efectos: 0,20 representa un efecto pequeño, 0,50 un efecto moderado y $\geq 0,80$ un efecto mayor (16). (2011, p. 37)

➤ Validación y confiabilidad del cuestionario aplicado

En base a las preguntas formuladas para calidad de vida en el cuestionario Whoqol-Bref y para apoyo social las preguntas del cuestionario Duke-Unk-11 se formula el cuestionario “Cuestionario sobre la percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar del Centro Médico Naval”, por el cual se realizó la prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad del instrumento en 15 pacientes con las mismas características de la población de estudio, quienes fueron seleccionados al azar y a quienes se les aplicó el cuestionario percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar a fin de procesar el análisis estadísticos de los ítems. Así mismo, el instrumento fue sometido a prueba de confiabilidad, obteniéndose 0.845, por lo cual el instrumento es confiable.

2.8 Métodos de análisis de datos

En este trabajo se realizará el análisis descriptivo inferencial. En el análisis descriptivo, para las variables cualitativas se presentará tablas de frecuencias. Para las variables cuantitativas se calcularán las medidas de tendencia central y de dispersión tales como; la media aritmética y desviación estándar respectivamente.

Para el análisis inferencial, para las variables cuantitativas se mostrará la normalidad y homogeneidad, si las variables cumplen con la normalidad se emplearán las estadísticas paramétricas, y las variables que no cumplan con la normalidad se empleará la estadística no paramétrica. Los cálculos de las

estadísticas descriptivas e inferenciales, como recurso tecnológico se utilizaron en primer lugar el Microsoft Excel para ingresar los datos y posteriormente se llevarán los datos al software estadístico SPSS versión 23, con un nivel de significación del 5%.

Asimismo, para poder analizar los datos como resultado de la encuesta, esta será, como sigue:

- Apoyo Social, de acuerdo al cuestionario de Duke–Unc-11 se tiene establecido que la medición de la percepción del apoyo social total será, para: Apoyo total (11 preguntas) la calificación de la siguiente forma Normal (≥ 33) y Escaso (≤ 32), en cuanto a las dimensiones de apoyo social, el apoyo confidencial se medirá bajo el siguiente rango: normal (≥ 19) y escaso (≤ 18); para apoyo social afectivo, será: normal (≥ 16) y escaso (≤ 15).
- Calidad de Vida: se ha establecido de los resultados de las 26 preguntas correspondientes se procedió con la conversión a un puntaje de 100 puntos para estandarizar las respuestas; para proceder a la estratificación de escalas se utilizará el método de varianza muestral que nos permitirá medir cual es la dispersión o distancia que debe tener cada segmento de los niveles de calidad de vida, es así que se procede a establecer un rango de resultado, basado en la siguiente fórmula:

$$S^2 = \frac{\sum xi^2 - n\bar{X}^2}{N - 1}$$

Donde:

X_i = resultado de encuesta

N = número de encuestados

\bar{X} = promedio aritmético del total de respuesta

Para realizar el cálculo sobre la formula mencionada, primero sacaremos la media aritmética de resultado de la evaluación de calidad de vida que es: $\bar{X}=57.91$; siendo que la formula pide elevarla al cuadrado, el resultado será $\bar{X}=3,353.36$. Y La sumatoria de los resultados de la encuesta elevada al cuadrado será $\sum xi^2 = 168,467$.

El número de encuestados es 49 pacientes, por lo tanto $N-1 = 48$; en tal sentido para realizar el cálculo de la varianza se procederá a reemplazar los datos en la fórmula, obteniendo el siguiente resultado $S=9.30$; es decir 9.3 será la distancia positiva y negativa que exista de la media aritmética, en la que el rango medio será de “regular calidad de vida” entre 52 a 65 puntos, la menor escala “mala calidad de vida” de 0 a 51 puntos y la mayor escala será “buena calidad de vida” de 66 a 100 puntos

Por otro lado, para realizar las pruebas de hipótesis, estas fueron probadas a través del método de Chi Cuadrada, cuya fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde, Σ significa sumatoria, O es la frecuencia observada y E es la frecuencia esperada. La prueba de la Chi cuadrada, es una “prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas”. La Chi cuadrada es una “prueba que parte del supuesto de no relación entre variables y el investigador evalúa si en su caso es cierto o no”. Para poder realizar la prueba de hipótesis, se utilizó el programa estadístico SPSS 23, “el valor de chi cuadrada es significativo al nivel de 0.01, es decir, se acepta la hipótesis de investigación de que existe relación entre las variables (Hernández et al., 2010, pp. 327 y 328). Al validarse la prueba de hipótesis de esta investigación mediante la prueba de Chi cuadrada, esta presenta una hipótesis nula, la cual se simboliza con “Ho”.

2.9 Aspectos éticos

Toda investigación o experimentación realizada en seres humanos se debe de realizar de acuerdo a tres principios éticos:

- El respeto por la autonomía de decisión y la protección de las personas con autonomía menoscabada.
- La búsqueda del bien, que la investigación sea razonable a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación permita el máximo beneficio y reducir el mínimo daño y salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.

III. Resultados

3.1 Análisis de Resultados

Una vez concluido el procedimiento de levantamiento de información, aplicación de encuestas, a la totalidad de pacientes (49) con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, se presentan a continuación los resultados en tablas para realizar el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

En la tabla 3 se presenta la frecuencia de rango de edad en los pacientes con tuberculosis pulmonar, donde el 100% (49) pacientes encuestados, el 84% (41) tiene entre 18 a 29 años, el 14% (7) tienen entre 30 y 59 años, y 2% (1) es \geq 60 años

Tabla 3

Rango de edad de los pacientes

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 – 29 años (Joven)	41	84%
De 30–59 años (Adulto)	7	14%
\geq 60 años(Adulto Mayor)	1	2%
TOTAL	49	100%

En la tabla 4, se presenta la frecuencia del sexo de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según encuesta el 86% (42) es masculino y el 14% (7) es femenino.

Tabla 4

Sexo de los pacientes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	86%
Femenino	7	14%
TOTAL	49	100%

En la tabla 5, se presenta la frecuencia del estado civil en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según encuesta el 84% (41) es soltero, el 10% (5) es casado; el 6% (3) es conveniente; y el 0% es divorciado y viudo respectivamente.

Tabla 5*Estado civil de los pacientes*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	41	84%
Casado	5	10%
Conviviente	3	6%
Divorciado(a)	0	0%
Viudo(a)	0	0%
TOTAL	49	100%

En la tabla 6, presenta la relación con el personal militar en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según encuesta el 84% (41) de los pacientes son personal militar (titular), el 12% (6) son hijos, el 2% (1) es esposa(o) y el 2% (1) es padres del personal titular.

Tabla 6*Relación del paciente con el personal militar*

Relación con personal militar	Frecuencia	Porcentaje
Titular	41	84%
Hijo	6	12%
Esposa	1	2%
Padres	1	2%
TOTAL	49	100%

En la tabla 7, se presenta la frecuencia del rango salarial de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) perciben menos del sueldo mínimo vital (S/850), el 55% (27) entre 850 a 2850 soles, el 2% (1) entre 2851 a 4850 soles.

Tabla 7*Rango salarial de los pacientes*

Rango salarial	Frecuencia	Porcentaje
< 850 soles	21	43%
850 - 2850 soles	27	55%
2851 - 4850 soles	1	2%
> a 4850 soles	0	0%
TOTAL	49	100%

En la tabla 8, se presenta la frecuencia del tipo de tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según encuesta el 47% (23) recibe tratamiento en esquema I fase I, el 45% (22) recibe tratamiento esquema I fase II y 8% (4) recibe tratamiento modificado.

Tabla 8

Tipo de tratamiento de los pacientes

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Esquema I Fase II	22	45%
Esquema I Fase I	23	47%
Modificado	4	8%
TOTAL	49	100%

En la tabla 9, se presenta la frecuencia del tiempo de tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) recibe tratamiento entre 4 a 5 meses, el 41% (20) entre 0 a 3 meses, el 16% (8) mayor a 6 meses.

Tabla 9

Tiempo de tratamiento de los pacientes

Tiempo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
< 3 meses	20	41%
4-5 meses	21	43%
≥ 6 meses	8	16%
TOTAL	49	100%

En la tabla 10, se presenta la percepción total del apoyo social de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 33% (16) de la población indica que tener un escaso apoyo y el 67% (33) presenta apoyo normal.

Tabla 10

Percepción total del apoyo social

Apoyo Total Percibido	Población	Porcentaje
≤ 32 Escaso Apoyo	16	33%
≥ 33 Apoyo normal	33	67%

En la tabla 11, se presenta la percepción del apoyo afectivo de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 84% (41) cuenta con apoyo normal y el 16% (8) con escaso apoyo.

Tabla 11

Percepción del apoyo afectivo

Dimensión: Apoyo Afectivo	Población	Porcentaje
≤ 15 Escaso Apoyo	8	16%
≥ 16 Apoyo normal	41	84%

En la tabla 12, la relación percepción del apoyo confidencial de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 61% (30) muestra un escaso apoyo y el 39% (19) un apoyo normal.

Tabla 12

Percepción del apoyo confidencial

Dimensión: Apoyo Confidencial	Población	Porcentaje
≤ 18 Escaso Apoyo	30	61%
≥ 19 Apoyo normal	19	39%

En la tabla 13, se presenta la percepción total de calidad de vida, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 44.9% (22) se encuentra regular calidad de vida, el 32.7% (16) en mala calidad de vida y el 22.4% (11) está con buena calidad de vida.

Tabla 13

Percepción total de calidad de vida

Niveles	Población	Porcentaje
Mala calidad de vida	16	32,7%
Regular calidad de vida	22	44,9%
Buena calidad de vida	11	22,4%
Total	49	100,0%

En la tabla 14, se presenta la percepción de calidad de vida – dimensión salud, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 49% (24) se encuentra en mala calidad de vida, el 43% (21) indica regular calidad de vida y solo el 8% (4) está con buena calidad de vida.

Tabla 14*Percepción de calidad de vida – dimensión salud*

Dimensión: Salud física	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	4	8%
Regular calidad de vida	21	43%
Mala calidad de vida	24	49%

En la tabla 15, presenta la percepción de calidad de vida – dimensión salud psicológica, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) indica regular calidad de vida, el 37% (18) se encuentra en mala calidad de vida y el 20% (10) está con buena calidad de vida.

Tabla 15*Percepción de calidad de vida – dimensión salud psicológica*

Dimensión: Salud Psicológico	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	10	20%
Regular calidad de vida	21	43%
Mala calidad de vida	18	37%

En la tabla 16, presenta la relación percepción de calidad de vida – dimensión relaciones sociales, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) se encuentra con mala calidad de vida, el 24% (12) indica regular calidad de vida y el 33% (16) está con buena calidad de vida.

Tabla 16*Percepción de calidad de vida – dimensión relaciones sociales*

Dimensión: Relaciones sociales	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	16	33%
Regular calidad de vida	12	24%
Mala calidad de vida	21	43%

En la tabla 17, se presenta la percepción de calidad de vida – dimensión entorno, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) se encuentra en mala calidad de vida, el 39% (19) indica regular calidad de vida y el 18% (9) está con buena calidad de vida.

Tabla 17*Percepción de calidad de vida – dimensión entorno*

Dimensión: Entorno	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	9	18%
Regular calidad de vida	19	39%
Mala calidad de vida	21	43%

3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

El análisis será realizado mediante la prueba Chi cuadrada, partiendo del supuesto que no existe relación entre las variables, entonces diremos lo siguiente:

Hipótesis General

H₀: No existe relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

H₁: Existe relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Inicialmente se procedió a realizar la prueba de Chi cuadrada, en la que se pudo observar que el recuento correspondiente a la casilla de valores para establecer el valor de esta prueba es menor a 5, por tal motivo se procedió agrupar los niveles de calidad de vida (buena, regular y mala) en buena/regular calidad de vida y mala calidad de vida a fin de obtener una tabla 2 x 2 y proceder a realizar la prueba de Chi cuadrada corregido, obteniendo los siguientes resultados.

En la tabla 18, se presenta la aplicación del método Chi cuadrada corregido, se concluye por el nivel de significancia $p=0.001$ que es menor a 0.05, se determina que la hipótesis nula es rechazada y por ende la hipótesis alterna es aceptada, es decir que existe una alta relación entre el apoyo afectivo y calidad de vida.

Tabla 18

Pruebas de Chi-Cuadrado corregido (percepción del total del apoyo social y calidad de vida)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,077 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	11,745	1	,001		
Razón de verosimilitud	13,960	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,789	1	,000		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,22.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

La tabla 19, presenta que existe relación entre la percepción del apoyo social y la percepción de calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, a través del coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0.000$) se muestra que existe una alta relación entre ambas variables.

Tabla 19

Tabla correlación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida

			Total calidad de vida	Total apoyo social	
Rho	de	Total	Coeficiente de correlación	1,000	,536**
Spearman	calidad	de	Sig. (bilateral)	.	,000
	vida		N	49	49
	Total	apoyo	Coeficiente de correlación	,536**	1,000
	social		Sig. (bilateral)	,000	.
			N	49	49

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

En la tabla 20, se presenta la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar, sobre los niveles de calidad de vida se mostraron el 67% califica como regular/buena calidad de vida y el 33% indican tener mala calidad de vida; considerando la relación general podemos decir que el 67% de los pacientes apoyo normal y el 33% señala tener

escaso apoyo. Lo cual demuestra la relación que existe entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida.

Tabla 20

Tabla cruzada resultado de la percepción del apoyo social y calidad de vida

		Apoyo total percibido			
		Escaso Apoyo	Apoyo Normal	Total	
Total	Mala	Recuento	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100%
Calidad de Vida	Buena/ regular	Recuento	5	28	33
		%	15,2%	84,8%	100%
Total		Recuento	16	33	49
		%	32,7%	67,3%	100,0%

Hipótesis Específica 1

H_0 : No existe relación entre percepción del apoyo social confidencial y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

H_1 : Existe relación entre percepción del apoyo social confidencial y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Es de indicar, que al realizar la prueba de Chi cuadrada se pudo observar que el recuento correspondiente a la casilla de valores para establecer el valor de esta prueba es menor a 5, por tal motivo se procedió agrupar los niveles de calidad de vida (buena, regular y mala) en buena/regular calidad de vida y mala calidad de vida a fin de obtener una tabla 2 x 2 y proceder a realizar la prueba de Chi cuadrada corregido.

En la tabla 21, se presenta la aplicación del método Chi cuadrada, por la que se concluye conforme al nivel de significancia $p=0.017$, que es menor a 0.05, se determina que la hipótesis nula es rechazada y por ende la hipótesis alterna es aceptada, es decir que exististe una relación entre el apoyo afectivo y calidad de vida.

Tabla 21*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,797 ^a	1	,005		
Corrección de continuidad	5,665	1	,017		
Razón de verosimilitud	7,355	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,010	,010
Asociación lineal por lineal	7,637	1	,006		
N de casos válidos	49				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,61.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

La tabla 22, presenta que existe relación entre la percepción del apoyo social y la percepción de calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, a través del coeficiente de correlación de spearman ($Rho = 0.005$) se muestra que existe una alta relación entre ambas variables.

Tabla 22*Tabla correlación entre la percepción del apoyo afectivo y calidad de vida*

			Total afectivo	apoyo	Total calidad de vida
Rho	de	Total apoyo	1,000		,399**
		afectivo			,005
Spearman	de	Total calidad	,399**		1,000
		de vida			,005
		N	49		49
		N	49		49

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

En la tabla 23, presenta la relación entre la percepción del apoyo afectivo y la calidad de vida, corresponde a las demostraciones de amor, empatía, la

disponibilidad de las personas para proporcionar esas emociones, podemos indicar de acuerdo al resultado el apoyo afectivo el 84% de los pacientes se mostró conforme con el apoyo recibido y solo el 16% lo califican como escaso. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indica tener buena/regular calidad de vida y el 33% tienen mala calidad de vida; por lo que se concluye que existe una relación inversa entre la percepción del apoyo afectivo y la calidad de vida.

Tabla 23

Tabla cruzada resultado de la percepción del apoyo afectivo y calidad de vida

		Total apoyo afectivo			
		Escaso Apoyo	Apoyo Normal	Total	
Total	Mala	Recuento	6	10	16
		%	37,5%	62,5%	100%
percepción de	Buena/ regular	Recuento	2	31	33
		%	6,1%	93,9%	100%
calidad de vida		Recuento	8	41	49
		%	16,3%	83,7%	100,0%

Hipótesis Específica 2

H_0 : No existe relación entre percepción del apoyo social afectivo y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

H_1 : Existe relación entre percepción del apoyo social afectivo y calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

Al realizar la prueba de Chi cuadrada, se pudo observar que el recuento correspondiente a la casilla de valores para establecer el valor de esta prueba es menor a 5, por tal motivo se procedió agrupar los niveles de calidad de vida (buena, regular y mala) en buena calidad de vida y mala calidad de vida a fin de obtener una tabla 2 x 2 y proceder a realizar la prueba de Chi cuadrada corregido.

En la tabla 24, se presenta la aplicación del método Chi cuadrada, en la cual se concluye por el nivel de significancia $p=0.003$ que es menor a 0.05, que la hipótesis nula es rechazada y por ende la hipótesis alterna es aceptada, es decir que existe una alta relación entre el apoyo confidencial y calidad de vida.

Tabla 24*Pruebas de Chi-Cuadrado*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,587 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	8,650	1	,003		
Razón de verosimilitud	12,482	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,371	1	,001		
N de casos válidos	49				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

La tabla 25, presenta que existe relación entre la percepción del apoyo social y la percepción de calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, a través del coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0.005$) se muestra que existe una alta relación entre ambas variables.

Tabla 25*Tabla correlación entre la percepción del apoyo confidencial y calidad de vida*

		Total apoyo confidencial	Total calidad de vida
Rho de	Total apoyo confidencial	Coeficiente de correlación	de 1,000
		Sig. (bilateral)	,465**
		N	,001
Spearman	Total calidad de vida	Coeficiente de correlación	de 49
		Sig. (bilateral)	,465**
		N	,001
		N	49

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

En la tabla 26, se presenta la percepción del apoyo confidencial se entiende como la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda, podemos indicar de acuerdo al resultado el apoyo confidencial el 61% de los pacientes indica tener escaso apoyo y 39% califica su apoyo como normal. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indican tener buena/regular calidad de vida y el 33% señalan tener mala calidad de vida; en tal sentido se concluye que existe una relación directa entre la percepción de apoyo confidencial y la calidad de vida.

Tabla 26

Resultado de la percepción del apoyo confidencial y la calidad de vida

			Total apoyo confidencial		
			Escaso Apoyo	Apoyo Normal	Total
Total	Mala	Recuento	15	1	16
percibido		%	93,8%	6,3%	100,0%
calidad	Buena/	Recuento	15	18	33
de vida	regular	%	45,5%	54,5%	100,0%
Total		Recuento	30	19	49
		%	61,2%	38,8%	100,0%

IV. Discusión

En la presente investigación titulada “Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016”, los resultados muestran una relación directa entre ambas variables conforme la información recabada con el instrumento utilizado.

La presente investigación tiene por objetivo principal determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval; al respecto los resultados sobre la percepción del apoyo social y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su correlación de Rho spearman = 0.000, con un $p= 0.001$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo cual muestra que existe una alta relación entre la percepción del apoyo social y la percepción de la calidad de vida. Asimismo, en el estudio “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el "Hospital Santa Rosa, 2012” (Díaz Ledesma, 2013) concluye que la mayoría de los pacientes percibe su calidad de vida favorable (23%), mediamente favorable (51%) y desfavorable (26%) y en cuanto a la percepción del apoyo social este se presenta alto en un 29%, medio 41% y bajo en 30%, es decir que existe una relación entre la percepción de la calidad de vida con el apoyo social; lo que se muestra congruente y sostiene los resultados de esta investigación; siendo estos resultados similares a los de la percepción de apoyo social, donde: el 67% indica tener un apoyo normal y el 33% escaso apoyo social, y los resultados de la percepción de los niveles de calidad de vida se mostraron el 22% como buena calidad de vida, el 45% calificaron su calidad de vida como regular y el 33% indica que tiene una mala calidad de vida; lo cual se puede concluir que el 67% presenta un buena y regular calidad de vida y el 33% una mala calidad de vida.

Asimismo, en el estudio realizado por Vélez, cuyo título fue “Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes” (2007) asevera que el apoyo social en términos generales es alto, asimismo la percepción de la

calidad de vida es de media a alta en menor proporción, siendo estos resultados congruentes con el estudio realizado.

Como primer objetivo específico trazado busca determinar la relación entre percepción del apoyo social confidencial y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, los resultados sobre la percepción del apoyo afectivo y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su correlación de Rho spearman = 0.005, con un $p= 0.017$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe una alta relación entre la percepción del apoyo afectivo y la percepción de la calidad de vida. Asimismo, estudio realizado por Romero, Amador y Alvis, cuyo título fue “Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería, Colombia” (2010) concluye que el apoyo comunitario, la plenitud personal, la plenitud espiritual y la percepción global de la calidad de vida se encuentran medianamente correlacionados con el apoyo de la familia, los amigos y otros significativos; lo que se muestra congruente con esta investigación; donde para el apoyo afectivo el 84% de los pacientes se mostró conforme con el apoyo recibido y solo el 16% lo califican como escaso. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indica tener buena y regular calidad de vida y el 33% tienen mala calidad de vida; por lo que se concluye que existe una relación entre la percepción del apoyo afectivo y la calidad de vida.

Así también, en el estudio realizado por Ramírez-Vélez, cuyo título fue “Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” (2007) afirma que algo más de la mitad de los pacientes referían buen apoyo social, siendo mayor el afectivo que el confidencial, lo que se muestra congruente con nuestra investigación al indicar que el índice de percepción es mayoritariamente el afectivo que el confidencial.

El segundo objetivo específico busca determinar la relación entre percepción del apoyo social afectivo y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval; los resultados sobre la

percepción del apoyo confidencial y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su correlación de Rho spearman = 0.001, con un $p= 0.003$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe una alta relación entre la percepción del apoyo confidencial y la percepción de la calidad de vida. Asimismo, la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar” (Vinaccia, y otros, 2007) concluye que la calidad de vida muestra niveles favorables – en términos generales - y que la dimensión de apoyo confidencial se muestra desfavorable lo que se muestra congruente con esta investigación; donde para el apoyo confidencial el 61% de los pacientes indica tener escaso apoyo y 39% califica su apoyo como normal. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indican tener buena y regular calidad de vida y el 33% señalan tener mala calidad de vida; en tal sentido se concluye que existe una relación directa entre la percepción de apoyo confidencial y la calidad de vida.

De las comparaciones realizadas con otras investigaciones de variables similares, en pacientes; se muestra similitudes en los resultados, confirmando y reafirmando los mismos, lo cual nos permite determinar algunas conclusiones y recomendaciones.

V. Conclusiones

Con los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- Primero. Existe relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar; según la correlación $p= 0.001$, conforme a los resultados de la percepción del apoyo social es 67% apoyo normal y el 33% escaso apoyo, tan igual que la percepción de la calidad de vida donde el 67% tiene buena/regular calidad de vida y el 33% mala calidad de vida.
- Segundo. De acuerdo a los resultados obtenidos entre la percepción del apoyo afectivo y la calidad de vida, existe relación significativa entre ambas, donde la Rho es 0.005; en base a los resultados otorgados la percepción del apoyo afectivo en su mayoría es normal (83.7%) y un menor porcentaje (16.3%) lo califican como escaso; y para calidad de vida el 67% tiene buena/regular calidad de vida y el 33% mala calidad de vida.
- Tercero. La percepción del apoyo confidencial de los pacientes con tuberculosis pulmonar muestra relación con la percepción de la calidad de vida, un mayor porcentaje muestra escaso apoyo (61%), y en menor porcentaje percibe un normal apoyo (39%) de su entorno; por otro lado, la calidad de vida muestra que el 67% tiene buena/regular calidad de vida y el 33% mala calidad de vida.

VI. Recomendaciones

De los resultados obtenidos y de las conclusiones efectuadas, se recomienda que el:

- Primero. Ministerio de Salud, realice un estudio actualizado de los casos con tuberculosis pulmonar, así como el efecto de la relación apoyo social y calidad de vida que se demuestra en esta investigación, a fin se establezca un método de análisis y políticas de estudio del mismo, que nos permita controlar y reducir los índices y efectos de esta enfermedad.
- Segundo. Centro Médico Naval, elabore programas de entrenamiento a los profesionales de la salud, que les permita mantener y/o fortalecer la calidad de vida del paciente con tuberculosis pulmonar en las dimensiones física, psicológica, relación social y entorno, para mejorar su bienestar y su reinserción con la sociedad. Así como, se establezca programas y talleres de educación utilizando técnicas que promuevan la participación activa y consciente de los pacientes, familia y comunidad, así como los cuidados que se debe tener a través de una adecuada promoción y prevención de la salud – enfermedad, a fin de que se favorezca la atención integral en sus cuatro dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y entorno.
- Tercero. Centro Médico Naval, establezca un programa de evaluación integral del paciente a través de un equipo multidisciplinario de salud, que permita mejorar la salud física y fortalecer la salud psicológica (autoestima personal) del paciente con tuberculosis pulmonar.

VII. Referencias Bibliográficas.

- Abreu Sanchez, A. m. (2011). *Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en persona con infarto agudo de miocardio en una área sanitaria de la provincia de Huelva (Tesis doctoral)*. España: Universidad de Huelva. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6026>
- Alfageme Chao, A. (2013). *Envejecimiento, calidad de vida y desigualdad social*. En S. C. (coord), *Hacia un concepto integral de calidad de vida: La Universidad y las personas mayores*. Francia: Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I. Obtenido de [https://books.google.com.pe/books?id=qXqK8UUG8gUC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=Envejecimiento,+calidad+de+vida+y+desigualdad+social.&source=bl&ots=6D8B8n5t2A&sig=AJ8bwAe_5iebqCsGnTIUAfVh0kM&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Envejecimiento%2C%20calidad%20de%](https://books.google.com.pe/books?id=qXqK8UUG8gUC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=Envejecimiento,+calidad+de+vida+y+desigualdad+social.&source=bl&ots=6D8B8n5t2A&sig=AJ8bwAe_5iebqCsGnTIUAfVh0kM&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Envejecimiento%2C%20calidad%20de%20)
- Aranibar Munita, P. (2015). *Calidad de Vida y vejez*. Recuperado el 30 de 11 de 2016, de CIAPE - Centro Interdisciplinar de Assistència e Pesquisa em Envelhecimento: www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc
- Árcega Domínguez, Arturo; Lara Muñoz, Carmen; Ponce de León Rosales, Sergio;. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*, 676-684. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000500004
- Arredondo Montes de Oca, A., Márquez Cardoso, E., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (septiembre-diciembre de 2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. (I. d. Mexico, Ed.) *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(3), 43-48. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>
- Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas (Tesis de maestría). *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
- Barrientos Villalobos, P. A. (2007). *Percepción del apoyo social y prevalencia de depresión en el adulto mayor dependiente acogido en el Centro Integral del Adulto Mayor Padre José Fernández del Hogar de Cristo de Puerto Montt (Tesis de pregrado)*. Valdivia: Universidad Austral de Chile. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmb275p/doc/fmb275p.pdf>

- Bautista Rodríguez, L. M., & Zambrano Plata, G. E. (enero-junio de 2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. (P. U. Javeriana, Ed.) *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516009>
- Bonilla Asalde, C. (2008). Situación de la tuberculosis en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 25(3), 163-170. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000300009&script=sci_arttext
- Bote Díaz, M., & Sanchez Vera, P. (2011). *Los mayores y el amor, una perspectiva sociológica* (Vol. 9). (N. Llibres, Ed.) Valencia, España: Edicions Culturals Valencianes, S.A. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=zTssuhM31FUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales* (Vol. 29). Murcia: Universidad de Murcia. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=6pr2w796-t0C&oi=fnd&pg=PA11&ots=PeGyDij4BK&sig=kPwZFantSI0Gh3R1f6YiA8P4vy8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (enero-junio de 2015). Construcción cultural del concepto calidad de vida. (U. d. Antioquia, Ed.) *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en&tlng=es.
- Carrobles, J. A., Remor, E., & Rodríguez Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. (U. d. Oviedo, Ed.) *Psicothema*, 15(3), 420-426. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715313>
- Caycho Rodríguez, T., Domínguez Lara, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Carbajal León, C. (2014). Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. (P. U. Javeriana, Ed.) *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 25-35. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80132817002.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (octubre-diciembre de 2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. (P. U. Javeriana, Ed.) *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750305>
- De Juanas Oliva, Á., Limón Mendizábal, M. R., & Navarro Asencio, E. (julio-diciembre de 2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de

vida en personas adultas mayores. (S. I. Social, Ed.) *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*(22), 153-168. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135031394011>

Díaz Ledesma, C. R. (2013). *Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el "Hospital Santa Rosa", 2012 (Tesis de Postgrado)*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2721/1/Diaz_Ledesma_Carmen_Rosa_2013.pdf

García Sánchez, M. D., & Font Guiteras, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicología y Salud*, 14(1), 5-11. Obtenido de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/861/1581>

García, H., & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. (U. Veracruzana, Ed.) *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118101.pdf>

García, H., Vera, C., & Lugo, L. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. (U. d. Antioquia, Ed.) *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 32(1), 26-39. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12029982004>

Garduño Estrada, L., Salinas Amescua, B., & Rojas Herrera, M. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (Primera ed.). México D.F.: Plaza y Valdés S.A. de C.V. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=j16GlakxXpgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez Sosa, J. J. (agosto de 2010). Calidad de vida y Cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. (S. M. C., Ed.) *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 69-80. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>

Gómez Mengelberg, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña) [revista en Internet]*, 6(9), 10. Obtenido de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria* (Primera ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.: Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=OyCPgNt1iRsC&pg=PA5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false

- Hernández i Encuentra, E., Armayones Ruiz, M., Boixadós Anglès, M., Pousada Fernández, M., Guillamón Cano, N., & Gómez-Zúñiga, B. (2009). *Salud y Red*. Barcelona: Editorial UOC. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=iALqRJTotelC&printsec=frontcover&dq=Salud+y+Red+libro&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Salud%20y%20Red%20libro&f=false
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collao, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Iris Espinoza, P. O.-C. (2011). Validación de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Medica de Chile*, 139(5), 579-586. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003
- Julio Alfonso Piña Lopez, B. M. (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de Mexico. *Ciencia y Enfermería XIII*, 13(2), 53-63. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000200007>
- Lip Licham, C., & Rocabado Quevedo, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_Determinantes_Sociales_Salud.pdf
- Loayza Adrianzen, L. G. (2016). *Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre 2015 (Tesis de pregrado)*. lima: Universidad Ricardo Palma. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/453/1/Loayza_I.pdf
- Márquez-Montero, G., Loret de Mola, C., Bernabé-Ortiz, A., & Smeeth, L. (2011). Calidad de vida vinculada a salud en población migrante rural-urbana y población urbana en Lima, Perú (Tesis de pregrado). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1), 35-41. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36320912006>
- Mercer Human, R. C. (30 de 10 de 2011). *Enciclopedia Libre Universal en Español*. Recuperado el 2004, de Calidad de vida: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Ministerio de Salud*. Obtenido de preguntas frecuentes: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/preguntas.html>
- Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con

- trastorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a08.pdf>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015). *Informe mundial sobre la tuberculosis*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1
- Osorio, P., Torrejón, M. J., & Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. (U. d. Chile, Ed.) *Revista de Psicología*, 17(1), 101 - 108. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26412982005.pdf>
- Perales Montilla, C., García León, A., & Reyes del Paso, G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 32(5), 622 - 630. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952012000700009&script=sci_arttext&tlng=en
- Ramírez Vélez, R. (2007). Calidad de vida y apoyo social de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista salud pública*, 9(4), 568-575. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400009
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Aten Primaria*, 143-149. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789932>
- Romero Massa, E., Amador Ahumada, C., & Alvis Estrada, L. (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 173-179. Obtenido de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/968/879>
- Skevington, S. L. (03 de 2014). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Soto Cabezas, M. G., & Chavez Pachas, A. M. (2015). *Análisis De La Situación Epidemiológica De La Tuberculosis En El Perú, 2015*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Obtenido de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>
- Torres Uría, M. R. (2002). *Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. (Tesis de maestría)*. Universidad Nacional

- Mayor de San Marcos. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2725/1/Torres_um.pdf
- Vega Angarita, O. M. (diciembre de 2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. (U. d. Sabana, Ed.) *Aquichan*, 11(3), 274-286. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74121424004>
- Velez Llano, Y. (2007). *Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes (Tesis de pregrado)*. Pereira, Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira. Obtenido de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/1353/79607V436.pdf?sequence=1>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes. *Anales de psicología*, 27(2), 245-252. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723210>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S., & Quintero, D. C. (agosto - diciembre de 2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (U. d. Norte., Ed.) *Psicología desde el Caribe*(18), 89-108. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301805>

Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia

Problema		Objetivos		Hipótesis		Variables e indicadores				
Problema General:		Objetivo general:		Hipótesis general:		Variable 1: Apoyo Social		Escala de medición		Niveles o rangos
¿Cuál es la relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016?		Determinar la relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.		H. Existe relación entre la percepción del apoyo social y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.		Indicadores		Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
<p>Problemas Específicos:</p> <p>1.- ¿Cuál es la relación entre percepción del apoyo social confidencial y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval?</p>		<p>Objetivos específicos:</p> <p>1.- Determinar la relación entre percepción del apoyo social confidencial y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.</p>		<p>Hipótesis específicas:</p> <p>1.- Existe relación entre percepción del apoyo social confidencial y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.</p>		<p>% de pacientes con escaso apoyo confidencial</p>		<p>1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares. 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede. 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa. 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares. 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos. 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.</p>	<p>Mucho menos de lo que deseo. Menos de lo que deseo.</p>	<p>Total percibido Normal (≥ 33) Escaso (≤ 32)</p>
<p>2.- ¿Cuál es la relación entre percepción del apoyo social afectivo y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval?</p>		<p>Objetivos específicos:</p> <p>2.- Determinar la relación entre percepción del apoyo social afectivo y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.</p>		<p>2.- Existe relación entre percepción del apoyo social afectivo y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.</p>		<p>% de pacientes con escaso apoyo afectivo</p>		<p>2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa. 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo. 5.- Recibo amor y afecto. 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas. 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.</p>	<p>Casi como deseo. Tanto como deseo.</p>	<p>Confidencial Normal (≥ 19) Escaso (≤ 18) Afectivo Normal (≥ 16) Escaso (≤ 15)</p>
Variable 2: Calidad de Vida		Indicadores		Ítems		Escala de valores		Niveles o rangos		
Salud física		% de pacientes satisfechos con salud física		<p>3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? 15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? 16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño? 17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?</p>		<p>Nada Un Poco / Poco Lo normal / Moderado Bastante / Bastante satisfecho Extremadamente / Totalmente / Muy satisfecho</p>	<p>Buena calidad de vida (66-100) Regular calidad de vida (52-65) Mala calidad de vida (0-51)</p>			

				<p>5. ¿Cuánto disfruta de la vida?</p> <p>6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?</p> <p>7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?</p> <p>11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?</p> <p>19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?</p> <p>26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?</p>	<p>Nada / Nunca</p> <p>Un Poco / Poco / Raramente</p> <p>Lo normal / Moderado</p> <p>Medianamente</p> <p>Bastante / Bastante satisfecho /</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Extramodadamente /</p> <p>Totalmente / Muy satisfecho / Siempre</p>	<p>Buena calidad de vida (66-100)</p> <p>Regular calidad de vida (52-65)</p> <p>Mala calidad de vida (0-51)</p>
Psicológico	% de pacientes satisfechos con salud psicológica			<p>20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?</p> <p>21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?</p> <p>22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?</p>	<p>Nada</p> <p>Poco</p> <p>Lo normal</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Muy satisfecho</p>	
Entorno	% de pacientes satisfechos con su entorno			<p>8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?</p> <p>9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?</p> <p>12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?</p> <p>13. ¿Que disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?</p> <p>14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?</p> <p>23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?</p> <p>24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?</p> <p>25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?</p>	<p>Nada</p> <p>Un Poco / Poco</p> <p>Lo normal / Moderado</p> <p>Bastante / Bastante satisfecho</p> <p>Extramodadamente /</p> <p>Totalmente / Muy satisfecho</p>	

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Cuantitativo.</p>  <p>ESCUOLA DE POSTGRADO No experimental, corte transversal</p> <p>Método: Descriptivo inferencial</p>	<p>Población: La población esta constituida aproximadamente por +9 pacientes con tuberculosis pulmonar de ambos sexos, registrados en la base de datos del Centro Médico Naval.</p> <p>Tipo y Tamaño de muestreo: En este estudio no se considerara muestra puesto que la población es pequeña y además se cuenta con tiempo y recurso económico.</p>	<p>Variable 1: Apoyo Social Técnicas: Encuesta Instrumentos: DUKE - UNCII</p> <p>Variable 2: Calidad de Vida Técnicas: Encuesta Instrumentos: WHOQOL - BREF</p>	<p>DESCRIPTIVA: Tablas frecuencia, barras, usando porcentaje</p> <p>INFERENCIAL: Se realizó el análisis estadístico no paramétrico del Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%</p>

Anexo B. Cuestionario sobre la percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
AMPARADO POR EL DECRETO SUPREMO N° 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

CUESTIONARIO N °

Introducción: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y social. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

I. PREGUNTAS GENERALES

Sexo			
Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>
Escala de sueldo S/ <input type="text"/> soles			
Edad <input type="text"/>			
Distrito de procedencia <input type="text"/>			
Relación con personal militar			
Titular	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)	<input type="checkbox"/>
Padres	<input type="checkbox"/>	Esposa(o)	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="text"/>		
Estado civil			
soltero(a)	<input type="checkbox"/>	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	Viudo(a)	<input type="checkbox"/>
tiempo de tratamiento			
0 - 3 meses	<input type="checkbox"/>	4 - 6 meses	<input type="checkbox"/>
+ 12 meses	<input type="checkbox"/>	6 - 12 meses	<input type="checkbox"/>
tipo de tratamiento <input type="text"/>			
apoyo social (visita)			
esposo(a)	<input type="checkbox"/>	hijos	<input type="checkbox"/>
amigos	<input type="checkbox"/>	familiares	<input type="checkbox"/>
Circulo amical (intimo)			
0 amigos	<input type="checkbox"/>	1 - 4 amigos	<input type="checkbox"/>
9 a más	<input type="checkbox"/>	5 - 9 amigos	<input type="checkbox"/>

II. PREGUNTAS GENERALES SOBRE CALIDAD DE VIDA

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A CUÁNTO HA EXPERIMENTADO CIERTOS HECHOS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A "CUAN TOTALMENTE" USTED EXPERIMENTA O FUE CAPAZ DE HACER CIERTAS COSAS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A "CUAN SATISFECHO O BIEN" SE HA SENTIDO EN VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16.	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

LA SIGUIENTE PREGUNTA HACE REFERENCIA A LA FRECUENCIA CON QUE UD. HA SENTIDO O EXPERIMENTADO CIERTOS SENTIMIENTOS EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26.	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

III. PREGUNTAS SOBRE APOYO SOCIAL

Instrucciones para el paciente: EN LA SIGUIENTE LISTA SE MUESTRAN ALGUNAS COSAS QUE OTRAS PERSONAS HACEN POR NOSOTROS O NOS PROPORCIONAN. ELIJA PARA CADA UNA LA RESPUESTA QUE MEJOR REFLEJE SU SITUACIÓN, SEGUN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:		Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1.	Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2.	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3.	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4.	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5.	Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8.	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9.	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10.	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11.	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5
Puntuación Total						

"Tu mejor capital es tu salud. Aprovéchala. Si es buena no la malogres; si no lo es, no la estropees más."

(Pablo Picasso)

Gracias por su tiempo

Fidel Chira Conislla
fidelchira@gmail.com

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor(a). Le saludamos con afecto.

Como estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; quien se encuentra realizando el estudio de investigación **PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR DEL CENTRO MEDICO NAVAL**; con la autorización de de la Dirección del Centro Médico Naval, y con conocimiento del Jefe del Servicio de Neumología y Estrategia Sanitaria para el Control de la Tuberculosis del Centro Médico Naval; por medio de quienes obtuve la relación de pacientes inscritos.

Este cuestionario, tiene por objetivo y finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar, así como también generar estrategias para la mejora en la salud y proyección social a los pacientes con esta enfermedad. Para mayor información contacte con el Lic. Fidel Chira, responsables de esta actividad, al 982528862. E-mail: Fidel_chira@hotmail.com

Por lo tanto, Yo declaro haber recibido y entendido la información respecto a la aplicación de un cuestionario de evaluación SOBRE LA PERCEPCION DEL APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR DEL CENTRO MEDICO NAVAL.

FIRMA

DNI:

Anexo D. Prueba de confiabilidad y validez

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,845	37

Conforme a los resultados de Alfa de Cronbach se muestra una fuerte confiabilidad

Estadísticas de total de elemento

Pregunta n.º (*)	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Preguntas Calidad de Vida				
1	126,00	166,429	,488	,838
2	126,20	169,886	,286	,842
3	126,33	177,238	-,075	,851
4	126,13	164,410	,377	,840
5	127,00	186,857	-,499	,859
6	125,67	168,810	,290	,842
7	125,93	159,781	,449	,837
8	125,40	164,971	,552	,836
9	125,87	171,410	,221	,843
10	125,93	178,781	-,144	,852
11	125,53	161,124	,615	,833
12	126,73	161,210	,408	,839
13	126,27	161,352	,553	,835
14	125,47	175,124	,034	,847
15	125,80	165,457	,357	,840
16	125,93	160,067	,607	,833
17	126,47	177,267	-,100	,847
18	126,33	165,810	,385	,839
19	125,67	164,381	,444	,838
20	125,67	172,095	,146	,845
21	126,20	175,743	,003	,847
22	126,00	158,857	,661	,831
23	126,00	168,571	,262	,843
24	125,67	165,095	,513	,837
25	126,47	165,267	,407	,839
26	126,73	182,210	-,331	,854
Preguntas Apoyo Social				
1	126,00	165,143	,440	,838
2	126,07	173,638	,047	,850
3	126,40	172,686	,129	,846
4	125,27	170,067	,202	,844
5	125,00	169,143	,408	,840
6	125,27	157,352	,721	,830
7	125,33	152,952	,763	,826
8	125,53	153,838	,675	,829
9	125,73	163,495	,473	,837
10	125,27	165,638	,620	,836
11	125,13	168,267	,411	,840

(*) Ver detalle de preguntas en Anexo B.

Anexo E. Matriz de datos generales

Encuesta Nº	sexo	sueldo	Edad	procedencia	Relación con personal militar	Estado civil	Tiempo tratamiento	tipo tratamiento	Visita	circulo amical
1	1	500	19	San Luis	Titular	soltero	1	EI FII	familiares	2
2	1	800	67	Comas	padres	conviviente	1	EI FI	esposa	1
3	1	1200	23	Callao	Titular	soltero	2	EI FI	amigos	2
4	1	500	19	SJL.	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	1
5	1	500	19	Comas	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
6	1	0	18	Cercado de Lima	hijo	soltero	1	EI FI	familiares	1
7	1	2200	22	Comas	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
8	1	450	23	S.M.P.	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
9	1	2800	26	Callao	Titular	soltero	1	modificado	familiares	4
10	1	500	21	S.M.P.	Titular	soltero	3	EI FI	familiares	2
11	1	450	20	Ate Vitarte	Titular	soltero	3	EI FI	familiares	3
12	1	500	20	Chimbote	Titular	soltero	3	EI FI	familiares	2
13	2	350	20	Callao	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	3
14	2	459	18	Villa El Salvador	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
15	2	1500	31	S.M.P.	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
16	2	450	18	San Miguel	hijo	soltero	2	EI FI	familiares	4
17	1	450	22	Santa Rosa	hijo	soltero	2	EI FII	familiares	2
18	1	2000	25	Los Olivos	Titular	conviviente	2	EI FII	familiares	2
19	2	1800	56	Carmen De La Legua	esposa	casado	2	EI FII	familiares	4
20	1	1200	19	S.M.P.	hijo	soltero	2	EI FII	familiares	4
21	1	2000	22	Comas	Titular	soltero	1	EI FII	familiares	4
22	1	1500	22	La Perla	hijo	soltero	2	EI FII	familiares	2
23	1	2500	22	SJL.	Titular	soltero	3	modificado	familiares	2
24	1	2000	25	Ventanilla	Titular	soltero	1	EI FII	amigos	2
25	1	2300	26	Callao	Titular	soltero	3	EI FI	familiares	4
26	2	1800	34	Callao	Titular	soltero	2	EI FI	amigos	4
27	1	2300	21	Independencia	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	3
28	1	1300	20	Ventanilla	Titular	soltero	2	EI FI	familiares	2
29	1	1900	23	S.M.P.	Titular	soltero	3	modificado	familiares	3
30	1	2000	51	S.M.P.	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	1
31	1	2000	37	Comas	Titular	casado	1	EI FII	familiares	1
32	1	1700	26	Ate Vitarte	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	2
33	1	2000	24	Los Olivos	Titular	soltero	2	EI FI	familiares	4
34	1	1400	40	Callao	Titular	casado	3	EI FII	familiares	2
35	1	280	19	Chosica	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	4
36	1	2600	27	Santa Rosa	Titular	conviviente	2	EI FII	familiares	2
37	1	300	19	Callao	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	3
38	1	2500	28	Los Olivos	Titular	casado	1	EI FI	familiares	4
39	1	2600	24	Chorrillos	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	3
40	1	2600	21	Ventanilla	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	4
41	1	3500	56	Santa Rosa	Titular	casado	2	EI FII	familiares	3
42	1	250	21	Ancón	Titular	soltero	1	EI FII	familiares	4
43	1	250	20	Santa Anita	Titular	soltero	1	EI FI	familiares	1
44	1	240	21	Santa Rosa - Ancón	Titular	soltero	2	EI FII	amigos	2
45	2	150	20	Los Olivos	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	4
46	1	1200	23	S.M.P.	Titular	soltero	3	modificado	familiares	2
47	1	2000	23	VMT.	Titular	soltero	2	EI FII	familiares	2
48	1	148	23	Ventanilla	Titular	soltero	2	EI FII	hijos	2
49	1	0	18	Villa el salvador	hijo	soltero	2	EI FII	familiares	3

Legenda

Sexo
1: hombre
2: mujeres

Tiempo tratamiento
1 : 0- 3 meses
2: 4-5 meses
3: 6-12 meses
4: + 12 meses

Circulo amical
1: 0amigos
2: 1-4 amigos
3: 5-9 amigos
4: 9 a mas

Anexo F. Matriz de datos de la variable apoyo social

Nº	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	Apoyo Total Percibido		Apoyo Afectivo		Apoyo Confidencial	
1	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	26	1	14	1	12	1
2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	35	2	19	2	16	1
3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	34	2	19	2	15	1
4	4	4	4	5	5	4	4	3	4	4	5	46	2	24	2	22	2
5	3	4	2	4	4	4	2	2	3	4	4	36	2	19	2	17	1
6	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	2	30	2	24	2
7	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	52	2	29	2	23	2
8	3	3	2	5	5	5	3	2	3	4	4	39	2	22	2	17	1
9	2	5	3	4	4	4	5	4	2	5	4	42	2	24	2	18	1
10	4	4	3	4	4	5	5	5	4	4	4	46	2	27	2	19	2
11	2	4	3	5	5	5	5	5	4	4	5	47	2	26	2	21	2
12	3	1	2	4	4	5	5	5	3	4	5	41	2	26	2	15	1
13	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	30	1	16	2	14	1
14	3	3	3	2	4	2	2	2	2	4	4	31	1	15	1	16	1
15	3	2	3	5	5	4	4	4	4	4	4	42	2	24	2	18	1
16	4	3	4	5	5	4	4	3	5	5	5	47	2	25	2	22	2
17	2	2	3	3	4	4	3	3	2	3	4	33	2	18	2	15	1
18	3	3	3	5	5	4	4	4	4	5	4	44	2	25	2	19	2
19	4	2	4	4	4	5	5	5	4	4	4	45	2	27	2	18	1
20	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	29	1	17	2	12	1
21	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	39	2	21	2	18	1
22	3	3	2	2	4	3	3	3	2	2	3	30	1	16	2	14	1
23	2	3	2	3	4	2	2	2	3	3	3	29	1	14	1	15	1
24	2	2	1	4	5	4	3	2	1	2	4	30	1	17	2	13	1
25	3	3	4	4	4	3	3	3	2	4	4	37	2	20	2	17	1
26	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	31	1	18	2	13	1
27	3	4	3	5	5	4	5	5	4	4	5	47	2	26	2	21	2
28	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	29	1	15	1	14	1
29	3	3	3	2	4	3	2	3	2	3	3	31	1	16	2	15	1
30	2	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2	24	1	13	1	11	1
31	3	2	2	2	4	2	2	2	2	2	4	27	1	13	1	14	1
32	4	4	3	5	5	4	4	2	3	4	4	42	2	23	2	19	2
33	4	3	4	5	4	3	3	3	4	3	4	40	2	21	2	19	2
34	5	5	5	4	5	4	5	2	1	5	5	46	2	25	2	21	2
35	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	24	1	12	1	12	1
36	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	40	2	21	2	19	2
37	4	3	3	4	4	3	3	2	4	3	3	36	2	19	2	17	1
38	3	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	42	2	23	2	19	2
39	5	1	5	5	5	4	5	2	4	5	5	46	2	26	2	20	2
40	5	4	3	5	5	5	5	5	4	5	5	51	2	30	2	21	2
41	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	43	2	23	2	20	2
42	4	3	2	3	3	3	2	2	3	4	3	32	1	18	2	14	1
43	5	3	5	3	5	4	3	5	3	5	5	46	2	25	2	21	2
44	4	4	4	4	4	3	2	2	3	3	4	37	2	18	2	19	2
45	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	28	1	15	1	13	1
46	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	37	2	19	2	18	1
47	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	31	1	17	2	14	1
48	3	3	4	5	5	4	5	3	4	4	4	44	2	24	2	20	2
49	4	3	3	4	4	3	3	2	2	3	3	34	2	19	2	15	1

Anexo G. Matriz de datos de la variable calidad de vida

MATRIZ DE DATOS DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

N°	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8	W9	W10	W11	W12	W13	W14	W15	W16	W17	W18	W19	W20	W21	W22	W23	W24	W25	W26	Salud Física	Psicología	Relaciones Sociales	Entorno	
1	3	2	2	1	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	21	15	7	22	
2	3	3	4	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	24	17	10	24	
3	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	1	3	4	3	3	2	2	3	2	3	4	1	3	2	3	22	17	8	22	
4	4	3	4	4	2	4	3	4	3	3	4	2	3	4	3	4	3	2	2	2	3	3	3	4	3	2	23	17	9	26	
5	3	4	2	2	4	3	4	5	4	5	5	1	2	5	5	4	3	2	3	4	2	4	3	4	3	2	23	21	10	27	
6	5	4	4	3	3	3	4	4	4	2	5	3	5	3	3	5	3	4	3	5	3	4	5	5	2	2	24	19	12	31	
7	4	3	4	3	2	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	2	4	3	23	19	10	27	
8	2	4	3	4	2	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	2	5	4	4	5	4	4	3	3	22	21	13	30	
9	4	3	4	4	2	5	2	4	5	2	4	5	4	5	2	4	2	4	5	4	2	4	2	2	5	3	22	21	10	32	
10	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	3	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	5	4	3	2	23	19	11	28
11	3	2	3	3	1	5	5	5	2	4	3	3	3	3	4	2	2	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	21	22	10	27
12	3	2	3	5	3	5	3	5	4	4	5	2	2	4	3	3	4	5	4	5	3	3	3	3	2	2	27	22	11	25	
13	2	4	4	2	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	2	2	3	4	5	3	3	3	2	3	20	16	8	20	
14	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	1	3	15	17	8	21	
15	3	3	3	2	2	3	3	3	4	4	4	4	3	3	5	2	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	22	19	11	27	
16	3	3	2	2	4	4	3	4	4	3	4	5	4	4	4	2	3	3	5	5	3	4	5	3	3	3	19	23	12	32	
17	3	2	4	4	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	4	4	4	3	3	2	4	19	16	11	21	
18	3	4	1	2	4	5	4	5	3	5	5	3	4	5	5	4	4	5	4	4	5	3	4	4	4	3	26	25	12	32	
19	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	2	20	18	9	26	
20	5	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	19	18	9	23	
21	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	2	20	17	10	22	
22	3	2	3	5	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	23	15	7	20	
23	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	2	2	2	20	16	8	20	
24	3	3	2	3	5	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	2	2	4	3	3	3	20	24	7	26	
25	3	3	4	4	2	4	2	3	3	4	4	3	4	3	2	3	2	3	3	1	4	4	4	5	4	4	21	19	9	29	
26	3	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	2	3	3	3	2	22	20	8	26	
27	4	3	2	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	5	3	2	22	21	12	30	
28	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	2	24	21	10	25	25	
29	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	20	19	9	26	
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	21	17	9	24	
31	3	3	1	2	3	3	3	4	4	4	4	2	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	21	18	12	25	
32	3	3	1	2	5	5	4	5	4	5	5	3	3	3	5	3	2	5	5	3	3	3	3	4	2	2	23	26	11	27	
33	5	3	3	1	5	4	4	4	4	5	5	5	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	24	25	11	28	
34	5	5	3	3	3	3	3	3	3	5	4	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5	4	3	3	30	19	13	26	
35	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	19	17	9	21	
36	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	2	21	20	10	25	
37	3	2	2	4	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	2	2	19	18	10	23	
38	4	3	2	1	4	4	4	4	4	5	5	5	3	4	5	5	2	5	4	2	4	4	4	4	4	4	23	24	10	32	
39	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	2	25	21	12	28	
40	3	2	3	4	3	4	3	5	4	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	3	26	22	12	32	
41	3	3	2	3	4	5	3	3	3	4	2	3	3	2	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	2	2	24	19	9	24	
42	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	22	18	7	20	
43	5	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	20	20	8	24	
44	3	2	1	3	4	4	3	3	3	2	4	2	3	2	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	2	19	21	10	23	
45	3	3	2	2	4	3	4	4	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	4	17	20	7	21	
46	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	2	3	2	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	22	20	10	23	
47	2	2	4	4	2	3	2	2	2	3	4	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	20	16	6	20
48	3	4	2	3	3	4	3	4	3	4	5	2	3	2	3	3	3	3	5	4	3	5	3	3	3	2	21	22	12	23	
49	3	4	2	2	3	3	4	4	3	3	3	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	21	20	8	28	

Anexo H. Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida	,428	49	,000	,592	49	,000
Apoyo Social	,428	49	,000	,592	49	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Anexo I. Carta de solicitud para el desarrollo de trabajo de investigación

CARGO

 **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

INSTITUTO
2008-2011
PERU
UNIVERSIDAD

Escuela de Postgrado

Una de las Universidades del Mac de Grau

Lima, 09 de agosto de 2016

Carta P. 402 – 2016 EPG – UCVL

Señor(a)

Capitán de Navío S.N (M.C) Devino Maraví Baldón

Director del Centro Médico Naval "CMST"

MINISTERIO DE DEFENSA
MARINA DE GUERRA DE PERÚ
DIRECCIÓN DEL CENTRO
MÉDICO NAVAL "CMST"

22 ABO 2016

RECIBIDO

[Handwritten signature]

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a FIDEL ROSARIO CHIRA CONISLA (identificada) con UNI N.º 43271394 y código de matrícula N.º 6000151163; estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

**"PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR DEL CENTRO MÉDICO NAVAL,
2016"**

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con esta motivo, le saluda atentamente,



Ing. Carlos Venturo Orbegosa MBA
Director de la Escuela de Postgrado-FEPA Lima

RCM

LIMA 30070 Av. Arequipa 3032, San Juan de los Ríos, T. (51-01) 226 4240 Fax: (51) 226 4040
 LIMA 2011 Av. del Parque 840, Miraflores, San Juan de los Ríos, T. (51-01) 226 3220 Fax: 2210
 ATE Casco Viejo 427 T. (51-01) 226 4200 Fax: 2141
 CALLAO Av. Arequipa 1166 T. (51-01) 226 4042 Fax: 2210

Anexo J. Carta de autorización para el desarrollo de trabajo de investigación



PERÚ

Ministerio
de DefensaMarina de Guerra
del PerúDirección del Centro
Médico Naval "CMST"

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Bellavista, 05 SET. 2016

V.200- 8536

Señor
Doctor
Carlos VENTURO Orbegoso
Director de la Escuela de Postgrado Filial Lima
De la Universidad César Vallejo
Av. Alfredo Mendiola 6232
LOS OLIVOS.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. señor Doctor para saludarlo y hacer de su conocimiento que el Licenciado en Enfermería Fidel Rosario CHIRA Conislla identificado con N° de DNI 43271394 estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación (Tesis) titulado "Percepción del Apoyo Social y Calidad de Vida en Pacientes con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar del Centro Médico Naval, 2016".

Al respecto, esta Dirección ha autorizado el desarrollo de la investigación antes mencionada.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.



Atentamente,

Capitán de Navío SN. (MC)
Osmino MARAVÍ Baldeón

Director del Centro Médico Naval
"Cirujano Mayor Santiago Távara"

Anexo K. Artículo de Investigación

Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar del Centro Médico Naval, 2016

Autor: Br. Fidel Rosario Chira Conislla

1 RESUMEN

El estudio "Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016.", tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval. El estudio fue de tipo cuantitativo de alcance correlacional, método descriptivo no experimental, bajo la metodología del hipotético deductivo. Población y muestra de 49 pacientes con tuberculosis pulmonar. Se utilizó el cuestionario Duke-Unc para apoyo social y cuestionario Whoqol-Bref de calidad de vida. Los resultados de investigación fueron: La percepción del apoyo social total fue del 67% (33) indica apoyo normal y el 33% (16) señala tener escaso apoyo, existiendo una alta relación ($p=0.003$) entre la percepción del apoyo social y la calidad vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016.

Palabras claves: Apoyo Social, Calidad de Vida, Percepción, Tuberculosis Pulmonar.

2 RESUMO

A "Percepção de apoio social e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar a partir Naval Medical Center, 2016." estudo principal objetivo foi determinar a relação entre o apoio social percebido e qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar no Centro Médico Naval. O estudo foi intervalo quantitativo, método descritivo não experimental de correlação, sob a metodologia de hipotético dedutivo. População e amostra de 49 pacientes com tuberculose pulmonar. Foi utilizado o Duke-Unc sociais questionário apoio e Whoqol-Bref qualidade de vida. Os resultados da pesquisa foram: A percepção de apoio social total foi de 67% proporção elevada

($p = 0,003$) entre a percepção de apoio social e qualidade de vida de pacientes com tuberculose pulmonar no Centro Médico Naval de 2016.

Palavras-chave: Apoio Social, Qualidade de Vida, Percepção, tuberculose pulmonar.

3 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en los denominados países desarrollados o en vías de desarrollo, en 2014 se notificó 6 millones de nuevos casos de TB, una cifra que representa menos de dos tercios (el 63%) de los 9,6 millones estimados de personas que adquirieron la enfermedad. Por tanto, el 37% de los nuevos casos registrados en el mundo no se diagnosticaron o no se notificaron y, por ende, no es posible saber la calidad de la atención que recibieron. (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2015).

En el Perú, existen más de 35,000 casos por año de tuberculosis, lo que representa una tasa de incidencia mayor a 109.5 casos por 100,000 habitantes. Asimismo, conforme a lo publicado por el Ministerio de Salud, en su análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015; para el año 2014 en Lima y Callao se han presentado 16,618 casos nuevos de Tuberculosis con una incidencia de 155.5, con un porcentaje de 60.7% de casos nuevos. (Soto y Chavez, 2015.)

El Centro Médico Naval, recibe casos de tuberculosis procedentes de áreas distritales de Lima, Callao y Provincias con alta carga de tuberculosis sensible y tuberculosis multidrogoresistente (TB MDR), el 75% de casos son en promedio de edades entre 15 y 54 años, la que corresponde a una etapa productiva ocupacional. El tratamiento contra la tuberculosis pulmonar durará un periodo de seis meses como mínimo, esta situación genera en el paciente distintas percepciones, emociones y conflictos por encontrarse de esta manera relegado de sus actividades cotidianas y al no poder recibir visitas no podrá percibir el apoyo moral y social de su familia, amigos y comunidad; situación que agrava aún más la salud física y psicológica del paciente.

4 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

García Fuster, define el apoyo social como un proceso de percepción en el cual la influencia de la sociedad que permita satisfacer las necesidades de las situaciones cotidianas, ya sean estas positivas o negativas. Asimismo, menciona que actualmente el término apoyo social se utiliza para designar una característica abstracta de las personas, conductas, relaciones o sistemas sociales. (1997, p. 26)

Arredondo, Márquez, Moreno y Bazán, señala que el apoyo social es un proceso interactivo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso. Clasifica el apoyo social que se divide en: **Apoyo emocional o afectivo**, en el cual se distinguen las demostraciones de amor, empatía, la disponibilidad de las personas para proporcionar esas emociones y la percepción por parte del individuo de estas manifestaciones de apoyo. **Apoyo confidencial**, que se entiende como la posibilidad de contar con personas a quién poder comunicarle problemas o situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda. Y apoyo informacional que se refiere a los contactos a través de los cuales se recibe información o consejo en el entorno familiar, laboral y comunitario. (2006, p. 44)

La calidad de vida, Garduño, Salinas y Rojas dentro de su texto señalan que este concepto involucra diferentes grados de aspectos emocionales, intelectuales y culturales, así mismo este concepto va mas alla del confort material; por otro lado recoge como defición de otros autores lo siguiente: “calidad de vida como un concepto complejo y abstracto; se presenta como un concepto multidimensional y se relaciona fuertemente con la percepción de bienestar, siendo ésta más individualizada que generalizable, puesto que la gente suele reaccionar de manera diferente a situaciones idénticas”. (2005, p. 63)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica

(sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales). (Cardona & Agudelo, 2015, p. 85)

La calidad de vida engloba e integra cuatro dimensiones, que son: Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. Dimensión relaciones social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. (Mercer, 2011). Dimensión Entorno, Osorio, Torrejón y Vogel señalan que corresponde al: Entorno social y familiar con el cual interaccionan las personas mayores y que influye en sus actividades y percepción de calidad de vida. (2008, p. 107)

Asimismo, Vinaccia et al, define a la tuberculosis pulmonar como: “una infección bacteriana crónica causada por mycobacterium tuberculosis que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas (tumores granulares)”. Siendo esta una de las enfermedades con mayor significancia en nuestro país. (2007, p. 245)

La Organización Mundial de la Salud - OMS, en su programa de tuberculosis señala que esta enfermedad es causada por la bacteria mycobacterium tuberculosis, que en su mayor proporción afecta a los pulmones, esta enfermedad es curable y prevenible, sin embargo, de larga recuperación cuando la enfermedad es adquirida.

Conforme el último estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología sobre la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú,

señala que: “Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual”, reportándose para el año 2014 “ alrededor de 27,350 casos nuevos de TB y la incidencia de TB reportada fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes”. (Soto y Chavez, 2015, p. 13)

En nuestro país de acuerdo a la resistencia de la enfermedad, puede calificarse de la siguiente manera:

- Tuberculosis pulmonar sensible: corresponde a los pacientes que responden favorablemente al tratamiento inicial contra esta enfermedad.
- Tuberculosis resistentes; esta calificación se habla de la resistencia farmacológica a antituberculosis, las misma que se subdivide en: “a) TB MDR (TB causada por cepas de *M. tuberculosis*, resistentes simultáneamente a los fármacos isoniacida y rifampicina); b) TB XDR (TB causada por cepas de *M. tuberculosis*, resistentes a isoniacida, rifampicina, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea (Amikacina, Kanamicina o Capreomicina), de manera simultánea); c) TB monorresistente (TB causada por cepas de *M. tuberculosis* resistentes a solamente a un fármaco antituberculosis) y; d) TB polirresistente (TB causada por cepas de *M. tuberculosis* resistentes a más de un fármaco antituberculosis sin cumplir criterio de TB MDR)”. (Soto y Chavez, 2015, p. 51)

El proceso de contagio de esta enfermedad es por vía respiratoria, siendo Transmitida de persona a persona, cuando un enfermo con tuberculosis pulmonar expulsa al ambiente los bacilos de la tuberculosis al toser, estornudar o escupir; y por consecuente una persona sana inhala estos bacilos puede convertirse en portador y desarrollar la enfermedad cuando disminuya las defensas en su organismo. Por otro lado, nuestro país existe un alto índice de adquisición de la enfermedad, a pesar de existir políticas y programas para combatirla, más las diferencias socios económicos y el conocimiento sobre esta enfermedad hacen que la propagación de ésta sea más rápida, considerando que en la región se tiene una tasa de 50 casos por 100 mil habitantes.

5 MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio hipotético-deductivo, cuantitativo de diseño no experimental y alcance correlacional. La población está constituida por todos los pacientes con tuberculosis pulmonar de ambos sexos, registrados en la base de datos del Centro Médico Naval, que son aproximadamente 49 pacientes. El instrumento empleado fue el cuestionario estructurado que contiene las preguntas relacionadas a la variable apoyo social y calidad de vida, estos sobre la base de los cuestionarios DUKE-UNC-11 para medir la percepción del apoyo social y el cuestionario WHOQOL-BREF para medir la percepción de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonary.

6 RESULTADOS

El levantamiento de información se realizó mediante cuestionario aplicado a la totalidad de pacientes (49) con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, se presentan a continuación los resultados:

Tabla 1. *Rango de edad de los pacientes*

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 – 29 años (Joven)	41	84%
De 30–59 años (Adulto)	7	14%
≥ 60 años(Adulto Mayor)	1	2%
TOTAL	49	100%

En la tabla 1 se presenta la frecuencia de rango de edad en los pacientes con tuberculosis pulmonar, donde el 100% (49) pacientes encuestados, el 84% (41) tiene entre 18 a 29 años, el 14% (7) tienen entre 30 y 59 años, y 2% (1) es ≥ 60 años

Tabla 2. *Percepción total del apoyo social*

Apoyo Total Percibido	Población	Porcentaje
≤ 32 Escaso Apoyo	16	33%
≥ 33 Apoyo normal	33	67%

En la tabla 2, se presenta la percepción total del apoyo social de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 33% (16) de la población indica que tener un escaso apoyo y el 67% (33) presenta apoyo normal.

Tabla 3. *Percepción del apoyo afectivo*

Dimensión: Apoyo Afectivo	Población	Porcentaje
≤ 15 Escaso Apoyo	8	16%
≥ 16 Apoyo normal	41	84%

En la tabla 3, se presenta la percepción del apoyo afectivo de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 84% (41) cuenta con apoyo normal y el 16% (8) con escaso apoyo.

Tabla 4. *Percepción del apoyo confidencial*

Dimensión: Apoyo Confidencial	Población	Porcentaje
≤ 18 Escaso Apoyo	30	61%
≥ 19 Apoyo normal	19	39%

En la tabla 4, la relación percepción del apoyo confidencial de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 61% (30) muestra un escaso apoyo y el 39% (19) un apoyo normal.

Tabla 5. *Percepción total de calidad de vida*

Niveles	Población	Porcentaje
Mala calidad de vida	16	32,7%
Regular calidad de vida	22	44,9%
Buena calidad de vida	11	22,4%
Total	49	100,0%

En la tabla 5, se presenta la percepción total de calidad de vida, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 44.9% (22) se encuentra regular calidad de vida, el 32.7% (16) en mala calidad de vida y el 22.4% (11) está con buena calidad de vida.

Tabla 6. *Percepción de calidad de vida – dimensión salud*

Dimensión: Salud física	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	4	8%
Regular calidad de vida	21	43%

Mala calidad de vida	24	49%
----------------------	----	-----

En la tabla 6, se presenta la percepción de calidad de vida – dimensión salud, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 49% (24) se encuentra en mala calidad de vida, el 43% (21) indica regular calidad de vida y solo el 8% (4) está con buena calidad de vida.

Tabla 7. *Percepción de calidad de vida – dimensión salud psicológica*

Dimensión: Salud Psicológico	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	10	20%
Regular calidad de vida	21	43%
Mala calidad de vida	18	37%

En la tabla 7, presenta la percepción de calidad de vida – dimensión salud psicológica, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) indica regular calidad de vida, el 37% (18) se encuentra en mala calidad de vida y el 20% (10) está con buena calidad de vida.

Tabla 8. *Percepción de calidad de vida – dimensión relaciones sociales*

Dimensión: Relaciones sociales	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	16	33%
Regular calidad de vida	12	24%
Mala calidad de vida	21	43%

En la tabla 8, presenta la relación percepción de calidad de vida – dimensión relaciones sociales, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) se encuentra con mala calidad de vida, el 24% (12) indica regular calidad de vida y el 33% (16) está con buena calidad de vida.

Tabla 9. *Percepción de calidad de vida – dimensión entorno*

Dimensión: Entorno	Población	Porcentaje
Buena calidad de vida	9	18%
Regular calidad de vida	19	39%
Mala calidad de vida	21	43%

En la tabla 9, se presenta la percepción de calidad de vida – dimensión entorno, de los pacientes con tuberculosis pulmonar, según la encuesta el 43% (21) se encuentra en mala calidad de vida, el 39% (19) indica regular calidad de vida y el 18% (9) está con buena calidad de vida.

7 DISCUSIÓN

La presente investigación tiene por objetivo principal determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval; al respecto los resultados sobre la percepción del apoyo social y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su correlación de Rho spearman = 0.000, con un $p= 0.001$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo cual muestra que existe una alta relación entre la percepción del apoyo social y la percepción de la calidad de vida.

Asimismo, en el estudio “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el "Hospital Santa Rosa, 2012” (Díaz Ledesma, 2013) concluye que la mayoría de los pacientes percibe su calidad de vida favorable (23%), mediamente favorable (51%) y desfavorable (26%) y en cuanto a la percepción del apoyo social este se presenta alto en un 29%, medio 41% y bajo en 30%, es decir que existe una relación entre la percepción de la calidad de vida con el apoyo social; lo que se muestra congruente y sostiene los resultados de esta investigación; siendo estos resultados similares a los de la percepción de apoyo social, donde: el 67% indica tener un apoyo normal y el 33% escaso apoyo social, y los resultados de la percepción de los niveles de calidad de vida se mostraron el 22% como buena calidad de vida, el 45% calificaron su calidad de vida como regular y el 33% indica que tiene una mala calidad de vida; lo cual se puede concluir que el 67% presenta una buena y regular calidad de vida y el 33% una mala calidad de vida.

Como primer objetivo específico trazado busca determinar la relación entre percepción del apoyo social confidencial y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, los resultados sobre la percepción del apoyo afectivo y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su

correlación de Rho spearman = 0.005, con un $p= 0.017$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe una alta relación entre la percepción del apoyo afectivo y la percepción de la calidad de vida. Asimismo, estudio realizado por Romero, Amador y Alvis, cuyo título fue “Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería, Colombia” (2010) concluye que el apoyo comunitario, la plenitud personal, la plenitud espiritual y la percepción global de la calidad de vida se encuentran medianamente correlacionados con el apoyo de la familia, los amigos y otros significativos; lo que se muestra congruente con esta investigación; donde para el apoyo afectivo el 84% de los pacientes se mostró conforme con el apoyo recibido y solo el 16% lo califican como escaso. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indica tener buena y regular calidad de vida y el 33% tienen mala calidad de vida; por lo que se concluye que existe una relación entre la percepción del apoyo afectivo y la calidad de vida.

El segundo objetivo específico busca determinar la relación entre percepción del apoyo social afectivo y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval; los resultados sobre la percepción del apoyo confidencial y la percepción de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, según su correlación de Rho spearman = 0.001, con un $p= 0.003$, con el cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se confirma que existe una alta relación entre la percepción del apoyo confidencial y la percepción de la calidad de vida. Asimismo, la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar” (Vinaccia, y otros, 2007) concluye que la calidad de vida muestra niveles favorables – en términos generales - y que la dimensión de apoyo confidencial se muestra desfavorable lo que se muestra congruente con esta investigación; donde para el apoyo confidencial el 61% de los pacientes indica tener escaso apoyo y 39% califica su apoyo como normal. Y conforme los resultados de la calidad de vida donde el 67% indican tener buena y regular calidad de vida y el 33% señalan tener mala calidad de vida; en tal sentido se concluye que existe una relación directa entre la percepción de apoyo confidencial y la calidad de vida.

8 REFERENCIAS.

- Abreu Sanchez, A. m. (2011). *Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en persona con infarto agudo de miocardio en una área sanitaria de la provincia de Huelva (Tesis doctoral)*. España: Universidad de Huelva. Obtenido de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6026>
- Alfageme Chao, A. (2013). Envejecimiento, calidad de vida y desigualdad social. En S. C. (coord), *Hacia un concepto integral de calidad de vida: La Universidad y las personas mayores*. Francia: Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I. Obtenido de [https://books.google.com.pe/books?id=qXqK8UUG8gUC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=Envejecimiento,+calidad+de+vida+y+desigualdad+social.&source=bl&ots=6D8B8n5t2A&sig=AJ8bwAe_5iebqCsGnTIUAfVh0kM&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Envejecimiento%2C%20calidad%20de%](https://books.google.com.pe/books?id=qXqK8UUG8gUC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=Envejecimiento,+calidad+de+vida+y+desigualdad+social.&source=bl&ots=6D8B8n5t2A&sig=AJ8bwAe_5iebqCsGnTIUAfVh0kM&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Envejecimiento%2C%20calidad%20de%20)
- Arredondo Montes de Oca, A., Márquez Cardoso, E., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (septiembre-diciembre de 2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. (I. d. Mexico, Ed.) *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(3), 43-48. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479004>
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (enero-junio de 2015). Construcción cultural del concepto calidad de vida. (U. d. Antioquia, Ed.) *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en&tlng=es.
- Díaz Ledesma, C. R. (2013). *Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social en el "Hospital Santa Rosa", 2012 (Tesis de Postgrado)*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2721/1/Diaz_Ledema_Carmen_Rosa_2013.pdf

- Garduño Estrada, L., Salinas Amescua, B., & Rojas Herrera, M. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (Primera ed.). México D.F.: Plaza y Valdés S.A. de C.V. Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=j16GlakxXpgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria* (Primera ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.: Obtenido de https://books.google.com.pe/books?id=OyCPgNt1iRsC&pg=PA5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collao, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Loayza Adrianzen, L. G. (2016). *Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre 2015 (Tesis de pregrado)*. Lima: Universidad Ricardo Palma. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/453/1/Loayza_I.pdf
- Mercer Human, R. C. (30 de 10 de 2011). *Enciclopedia Libre Universal en Español*. Recuperado el 2004, de Calidad de vida: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Ministerio de Salud*. Obtenido de preguntas frecuentes: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/preguntas.html>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2015). *Informe mundial sobre la tuberculosis*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1
- Osorio, P., Torrejón, M. J., & Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. (U. d. Chile, Ed.) *Revista de Psicología*, 17(1), 101 - 108. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26412982005.pdf>
- Romero Massa, E., Amador Ahumada, C., & Alvis Estrada, L. (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería,

Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 173-179. Obtenido de <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/968/879>

Soto Cabezas, M. G., & Chavez Pachas, A. M. (2015). *Análisis De La Situación Epidemiológica De La Tuberculosis En El Perú, 2015*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Obtenido de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes. *Anales de psicología*, 27(2), 245-252. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723210>