

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“GRADO DE MALESTAR PSICOLÓGICO ASOCIADO A LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGION DE SALUD DE
TACNA. 2019”**

PRESENTADO POR:

MIJAIL LUCIO COLORADO YUJRA

ASESOR:

MG. MD. SERGIO JESUS MONTESINOS SANCHEZ

Para optar por el título profesional de Médico Cirujano.

Tacna - Perú

2019

***“DONDEQUIERA QUE EL ARTE DE LA MEDICINA ES AMADO, TAMBIEN HAY UN
AMOR A LA HUMANIDAD”***

HIPOCRATES

DEDICATORIA

A mis padres, Lucio y Justina por su apoyo incondicional.

*A mis hermanos, por sus palabras de aliento en los momentos que más
los necesitaba.*

AGRADECIMIENTO

A mis padres:

Por los consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero en esta vida de dificultades, gracias por enseñarme valores las metas que me he trazado en la vida. Los quiero mucho

A mis hermanos:

Gracias por su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida y ayudarme a salir adelante en los momentos más difíciles de mi vida. Este logro también va para ustedes.

A mi asesor:

Por su amistad, el tiempo dedicación y paciencia en la elaboración de mi investigación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1 Fundamentación del Problema.....	9
1.2 Fundamentación del problema.....	11
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.3.1 Objetivo general:.....	11
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 Justificación	12
CAPÍTULO 2.....	15
REVISIÓN DE LA LITERATURA	15
2.1 Antecedentes de la investigación	15
2.2 Marco teórico	25
2.2.1 Malestar psicologico	25
2.2.2 Ansiedad.....	26
2.2.3 Depresion	28
2.2.4 Calidad de vida.....	30
2.2.5 Tuberculosis	34
CAPÍTULO 3.....	35
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	35
3.1 Hipótesis.....	35
3.1 Variables.....	35
3.2 Operacionalización de las variables	35
CAPÍTULO 4.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
4.1 Diseño	42
4.2 Población y muestra.....	42
4.2.1 Población:	42
4.2.3 Criterios de Inclusión	42

4.2.4 Criterios de Exclusión	43
4.3 Instrumentos de recolección de datos.	43
CAPÍTULO 5.....	45
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	45
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	70
SUGERENCIAS.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	75

RESUMEN

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las causas de muerte mundial ubicándose en el noveno puesto y siendo la primera en enfermedades infectocontagiosas, y que va acompañada tanto con problemas, económicos, sociales y además culturales. Este estudio va relacionado a determinar la calidad de vida de los pacientes y el grado de malestar psicológico como un indicador de ansiedad y depresión en la esfera de salud a nivel primario.

El tipo de investigación fue observacional, correlacional, de corte transversal y analítico. Se evaluó a pacientes de 5 establecimientos de salud de la Microred cono sur de Región de salud de Tacna en el año 2019 que están recibiendo tratamiento antituberculoso (n=71). Para medir calidad de vida se utilizó el cuestionario SF 36, para medir el grado de malestar psicológico se utilizó el test de malestar psicológico de kessler - 10. Una vez obtenido los datos se les proceso ingresando al programa estadístico EPI INFO para la crear la base de datos y el análisis descriptivo, como también a SPSS para la realización de tablas complejas y gráficos. Se usaron valores relativos y absolutos para identificación de variables sociodemográficas y clínicos, además chi-cuadrado con una p significativo inferior a 0.05 para la identificación de variables influyentes.

Los resultados del estudio concluyen que, la calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos fue percibida como mala en el 54,93% de los pacientes, el grado de malestar se manifiesta como muy alto en el 47,9% y alto para el 46,5%,.Se encontró que el malestar psicológico influye en la calidad de vida de los pacientes con TBC y por ende puede ser un vehículo para mejores resultados en la calidad de vida.

Palabras Clave: Calidad de Vida, malestar psicológico, tuberculosis.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) continues to be one of the causes of death worldwide, ranking ninth and being the first in infectious diseases, and is accompanied by both economic, social and cultural problems. This study is related to determining the quality of life of patients, as well as the degree of psychological distress as an indication of anxiety and depression in the sphere of health at the primary level.

The type of research was observational, correlational, cross-sectional and analytical. Patients from 5 health facilities of the Southern Cone Micro-Health District of Tacna were evaluated in 2019 who are receiving antituberculous treatment (n = 71). To measure quality of life, the SF 36 questionnaire was used, to measure the degree of psychological distress the psychological discomfort test of kessler -10 was used. Once the data is obtained, they are processed by entering the EPI INFO statistical program to create the database and the descriptive analysis, as well as SPSS for the realization of complex tables and graphs. We used relative and absolute values for the identification of sociodemographic and clinical variables, in addition chi-square with a significant p less than 0.05 for the identification of influential variables.

The results of the study conclude: the quality of life of the patients in treated tuberculosis treatment was perceived as bad in 54.93% of the patients, the degree of discomfort manifested as very high in 47.9% and high for the patient. Psychological distress was found to influence the quality of life of patients with TB and therefore can be a vehicle for better results in the quality of life.

Keywords: Quality of Life, psychological distress, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la enfermedad que afecta a nivel global y va acompañada tanto con problemas, económicos, sociales y además culturales. La TB se encuentra entre las 10 primeras causas de mortalidad mundial. Al Perú junto a Brasil son los dos países con las más altas tasas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad según el último reporte de la tuberculosis en la región.

Uno de los retos preocupantes de la TB es la alta tasa de pacientes que están haciéndose resistentes al tratamiento convencional, ya que así se hace aún más difícil de tratar de erradicar la TB, lo cual implica a nivel económico, social y psicológico del paciente.

Los motivos por lo cual el paciente tiende a discontinuar o ser irregular al tratamiento dado aún no están determinados con precisión. Mencionan que el tiempo del tratamiento es largo, otra causa es las reacciones adversas que le produce el medicamento para la TB y también un factor importante para dejar el tratamiento y según para este estudio el más importante es el estado psiquiátrico que presenta el paciente ya que podría ser responsable de la discontinuidad del tratamiento para la tuberculosis.

Nuestro trabajo tiene el objeto de determinar la asociación de malestar psicológico con la calidad de vida en pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en la MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La enfermedad de la tuberculosis (TB) sigue siendo una de las causas de muerte mundial ubicándose en el noveno puesto y siendo la primera en enfermedades infectocontagiosas, inclusive superior al VIH/sida. En el 2016 hubo una cifra aproximada de 1.3 millones de fallecidos en personas con VIH (-) y de 374 000 en pacientes con VIH (+).

En el año 2017 se estimó que contrajeron la TB, 10,4 millones de personas: el cual 90% fueron adultos; el 65% fueron de sexo masculino; el 10% fueron personas con infección con el VIH (la tasa más alta en África con 74%) además se evaluó que el 56% se localizabas en 5 países: Indonesia, India, China, Pakistán y Filipinas.(1)

En el análisis situacional de tuberculosis en las Américas del 2018, se estimó 282.000 casos nuevos y recaídas en nuestra región para el 2017, que representa el 3% del total de pacientes con TB (con 10 millones de casos a nivel mundial) y con una tasa de incidencia de 28 por 100.000 habitantes. La tasa más alta de incidencia se observó en la región del Caribe (con un 61,2 caso por 100.000 habitantes), continuado de América del Sur (con 46,2

casos por 100.000 habitantes), México junto a América Central (25,9 casos por 100.000 h.) y América del Norte (3,3 casos por 100.000 h.).

La notificados de casos para la TB (tanto recaídas y nuevos) en el año 2017 fueron de 228.943 en el continente, la cual es el 82% del total de casos estimados. Perú y Brasil representaron casi la mitad de todos los casos de tuberculosis en las Américas.(2)

En nuestro país la TB se encuentra en mayor cantidad en las regiones de costa central como en la selva, pero tiene casos a nivel nacional pero no homogéneo. En estos últimos años, hay 5 regiones (Madre de Dios, Loreto, Ucayali, Ica y Lima) que presentaron la incidencia de tuberculosis pulmonar frotis (+) (TBPFP) por arriba del promedio nacional, estas regiones lograron reportar el 73% de casos nuevos en el país.

El promedio de paciente con TB respecto a la edad es de 35 años, teniendo un rango de 21 y 48 años. Esto tanto en mujeres como hombres. A partir del año 1997, fueron detectados, un aproximado de más de 15 mil casos de pacientes con TB MDR. Los casos con TBMDR tienen un promedio de 1100 casos de TB MDR por año, con tendencia al crecimiento en los últimos 4 años. El porcentaje de casos más altos de TBMDR, estaban reportados en las regiones de la costa del Perú, teniendo Lima con el 83,1% respecto a las otras regiones de la costa que llegan a solo 12%.(3)

A nivel de la región de Tacna, estamos ubicamos entre las 05 regiones con las más altas tasas de incidencia de Tuberculosis Frotis (+) (TBPFP), además no se encuentra entre las primeras 10 causas de morbilidad general. En el 2016, hubo 440 casos

notificados de tuberculosis en sus diferentes tipos formas; de las cuales 393 casos (89.3%) fueron nuevos casos, el 60.2% fue diagnosticados como TBPBK (+), continuada por los casos extrapulmonar con un 20.7% y TBBK (-) con 7.5% de los casos. La tasa a nivel regional es de 113.6 casos x 100,000 habitantes, en TBPBK (+) es 76.59 casos x 100,000 habitantes, es importante resaltar que la tasa de prevalencia a disminución progresiva a través de los años (entre 2011-2016).(4)

Por todo lo dicho anteriormente se formula el siguiente problema:
¿Evaluar la calidad de vida, determinar el grado de malestar psicológico como también conocer su relación de las mismas en pacientes con tratamiento antituberculoso atendido en la MICRORED DE CONO SUR, REGION DE SALUD TACNA, 2019?

1.2 Fundamentación del problema

¿Cuál es el grado de malestar psicológico asociado a la calidad de vida de los pacientes con tratamiento antituberculoso atendidos en la MICRORED CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo general:

- Establecer la asociación entre grado de malestar psicológico con la calidad de vida en los pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en la MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las variables socio-demográficas en los pacientes (edad, estado civil, sexo, grado de instrucción, y la situación económica) con tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Establecer la asociación entre grado de malestar psicológico con la calidad de vida en los pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en la MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Determinar la percepción de la calidad de vida en pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en la MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Determinar en los pacientes en tratamiento antituberculoso su grado de malestar psicológico en la MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Valorar cada uno de los ítems que evalúa la calidad de vida con el cuestionario (SF-36), rol físico, función física, dolor corporal, vitalidad, función social, salud general, rol emocional y como también salud mental) en pacientes con tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Determinar las variables clínicas en los pacientes (esquema de tratamiento, tipo de TB, período del tratamiento en el que fue aplicado el test) con tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

- Evaluar la relación entre calidad de vida y sus variables sociodemográficas y clínicas en pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.
- Evaluar la relación entre el grado de malestar psicológico y sus variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

1.4 Justificación

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de la salud mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016 la TB afectó a 10.4 millones de persona, además produjo la muerte de 1,4 millones en el mundo, en el Perú la TB es una de las principales enfermedades ya que tiene una tasa alta de morbilidad, principalmente en el grupo de adultos como jóvenes, los casos de TB están el todo el territorio peruano, pero se centra principalmente en la costa central.

Por otro lado también la resistencia de los medicamentos antituberculosos, es un problema que complica el control de la misma, en el país se evidencio un incremento de casos de TB extensamente resistente (TB XDR) y TB multidrogoresistente (TBMDR).(3)

En cada año en el Perú se notifican un aproximado de 27 mil nuevos casos de enfermedad activa, 17 mil nuevos casos de tuberculosis pulmonar frotis (+), el Perú se encuentra junto a Brasil con la mayor cantidad de pacientes con TB en la región.(5)

El paciente con TB, en el estado activo de la enfermedad, el malestar somático va acompañado también en parte con un malestar psicológico, el cual altera el estado emocional, secundario a la incertidumbre y temores que conlleva tener la enfermedad.

El Equipo de Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT), tiene como objetivo la disminución de la tasa de abandono de los pacientes con tratamiento antituberculoso, interviniendo en la esfera psicológica, en la salud mental, para así favorecer la adherencia al tratamiento.(6)

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Tuberculosis.

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

Malestar psicológico.

Entendido como el nivel de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego auto percibido, el cual es producido por la exposición a factores estresantes durante un tiempo variable, lo que puede generar alteración del funcionamiento normal del organismo.

Calidad de vida.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*).

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Lee LY, Tung HH, et al. (2017). En su trabajo: *Perceived stigma and depression in initially diagnosed pulmonary tuberculosis patients*. Describe el estado del estigma y la depresión de la tuberculosis entre los pacientes con tuberculosis, determinar la relación entre la demografía y el estigma y la depresión de la tuberculosis entre los pacientes de tuberculosis e identificar los predictores de depresión entre los pacientes de tuberculosis. En el estudio se utilizó un diseño tipo transversal. En 84 pacientes con TB, que se obtiene a través de muestreo de conveniencia, inscritos en este estudio, que se realizó del 1 de marzo 2013 a 30 de diciembre de 2014. Los datos se recogieron utilizando un cuestionario estructurado con un componente demográfico, la Tuberculosis-relacionado escala de estigma y el Inventario Beck de depresión-II. Se analizaron los datos, utilizando SPSS versión 20. Pruebas de la t independiente, pruebas de coeficiente de Pearson y análisis de la varianza se utilizaron para el análisis de las características demográficas de las

personas con esta enfermedad y la correlación entre el estigma y la depresión. La regresión lineal múltiple se utilizó para determinar los predictores de la depresión. Los resultados mostraron que no revelar la enfermedad de uno a otros se asoció con el estigma y la depresión de la tuberculosis. Concluye el estigma percibido y depresión en pacientes con tuberculosis diagnosticados inicialmente. Este estudio es pertinente porque existe una relación entre el diagnóstico de tuberculosis y la depresión.(7)

Kumar K, Kumar A, et al. (2016). en su trabajo: *A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis*. Determinar la prevalencia de la depresión y la ansiedad en los pacientes que padecen tuberculosis. En este estudio fue de tipo descriptivo transversal que se incluyeron un total de 100 casos consecutivos fueron incluidos que ya fueron diagnosticados con tuberculosis. Las herramientas utilizadas fueron el cuestionario de Salud General 12 (GHQ-12), Depresión de Beck (BDI-II) y Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Los resultados fueron de que los 100 casos estudiados, 74 de ellos encontraron estar teniendo síntomas psiquiátricos, 35 casos que sufrían de depresión y 39 fueron sufrían de ansiedad. Concluyéndose que la morbilidad psiquiátrica estaba presente en los pacientes con diagnosticados de tuberculosis. Este estudio nos da a conocer que los paciente recién diagnosticados con TB presentan síntomas psiquiátricos y son más propensos a sufrir depresión y ansiedad.(8)

Chen X, Zhao Y, et al(2016). En su trabajo: *[Analyzing the status of depression and anxiety of new registered tuberculosis outpatients and correlations with social support*

influence factors]. Describe que su objetivo es Investigar la prevalencia de la depresión y la ansiedad y los factores relacionados entre los pacientes externos nuevos de tuberculosis (TB) registrada. Se realizó una encuesta a 1105 nuevos pacientes de tuberculosis registrados a partir de los dieciséis distritos de la ciudad de Beijing durante enero a junio de 2015. Estructurando un cuestionario autoadministrado incluyendo género, edad, educación, ocupación, antecedentes de tabaquismo y consumo de información, fue diseñado por epidemiólogos y psiquiátricos expertos del Instituto de Investigación de Beijing para el control de la Tuberculosis. Mientras tanto, el estado de los pacientes con TB incluyendo la depresión, la ansiedad y apoyo social fueron investigados mediante el uso de auto-Depression Rating Scale (SDS), la Escala de Ansiedad de auto-evaluación (SAS) y Apoyo Social Rating Scale (SSRS). A continuación, se analizaron los datos de la encuesta. Un total de 1 132 cuestionarios se emitieron y 1 119 se recuperaron incluyendo 1 105 cuestionarios válidos, y la tasa efectiva fue del 98,7%. Los Resultados fueron: Hubo 742 varones y 363 mujeres entre 1 105 nuevos pacientes con tuberculosis registrados. La edad varió de 16 a 65 años, con una edad media ($35,7 \pm 13,8$) años de edad. Las puntuaciones estándar totales de SDS y SAS fueron ($45,00 \pm 12,40$) y ($39,46 \pm 10,03$) puntos, obviamente más altos que los de las normas nacionales (todo $P < 0,05$). Las tasas de detección de la depresión y la ansiedad fueron 29,8% ($329/1 105$) y 13,5% ($149/1 105$). Análisis de regresión multivariante logística mostró que los pacientes con tuberculosis con hembra (OR = 1,75, 95% CI : 1,32 a 2,30), más de 35 años (OR = 1,82, 95% CI: 1,39 a 2,39), el ingreso anual del hogar $< 50 000$ ¥ (O =

1,57, 95% CI: 01/19 a 02/06), rara vez hablar con alguien sobre sus preocupaciones (OR = 1,41, 95% CI: 1,05 a 1,90) tenían alto riesgo de depresión (todos P <0,05). Ingresos anuales del hogar <50 000 ¥ (OR = 1,69, 95% IC: 1,17-2,43), rara vez habla con alguien acerca de sus preocupaciones (OR = 1,80, 95% IC: 1,19-2,74) también tenía un alto riesgo de ansiedad (todo el P <0,05). Las puntuaciones medianas en apoyo social, apoyo subjetivo, el apoyo objetivo y la utilización de soporte eran 38 (32, 43), 22 (18, 26), 8 (6, 10) y 7 (6, 9) puntos, respectivamente, y estas puntuaciones se relacionaron negativamente con la depresión y la ansiedad. Se concluye que la prevalencia de depresión y la ansiedad en pacientes con tuberculosis son obviamente superiores a los de las personas normales, y hay muchos factores que pueden causar o contribuir a la depresión y la ansiedad.(9)

Paulo BX, Peixoto, B. (2016). En su trabajo: *Emotional distress patients with several types of tuberculosis. A pilot study with patients from the Sanatorium Hospital of Huambo*. Describe que Existe una creciente evidencia de que la angustia emocional expresada en términos de ansiedad y depresión es muy alta entre la tuberculosis (TB) de los pacientes. El estudio tiene como objetivo determinar niveles tanto de ansiedad, depresión y angustia emocional en pacientes con varios tipos de TB y además determinar su asociación entre los factores económicos y sociodemográficos, variables clínicas y la ansiedad, la depresión y la angustia emocional. Un estudio transversal se realizó en 81 pacientes con TB. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y económico, seguido por el Hospital Anxiety and Depression Scaler. Resultando el 38,3% y el

49,4% de la muestra presentaron niveles significativos de ansiedad y depresión. 44,4% de los pacientes tenían niveles significativos de angustia emocional. Los sujetos casados, con un diagnóstico tuberculosis extra-pulmonar y la resistente a los múltiples fármacos para la tuberculosis estaban relacionados con un mayor riesgo de ansiedad. Género, tuberculosis extra-pulmonar y la tuberculosis resistente a múltiples fármacos se asociaron a la depresión. El sexo femenino y los casos de tuberculosis extrapulmonar presentan un riesgo 1,5 veces por angustia emocional. Llegando a la conclusión del estudio niveles altos de índices de ansiedad, la depresión y la angustia emocional en pacientes con TB. Estado civil, sexo, tipo y tratamiento de la tuberculosis se relacionan con los niveles más altos de trastorno emocional. Servicios de salud mental debe ser una parte integral de los programas contra la tuberculosis. Este estudio es importante ya que nos da a conocer que personas casadas sufre mayor riesgo de ansiedad. (10)

Doherty M., Kelly J. et al (2013). En su trabajo: *A review of the interplay between tuberculosis and mental health*. Describe que la tuberculosis y las enfermedades mentales comparten factores de riesgo comunes, como la falta de vivienda, la serología serológica para el VIH, el abuso de alcohol y sustancias y el estatus migratorio, que conllevan frecuentes comorbilidades. Buscando generar una revisión bibliográfica exhaustiva que examine la compleja relación entre tuberculosis y enfermedad mental. Se hizo una búsqueda bibliográfica en Medline, Ovid y Psychinfo, con un examen más detenido de las referencias de estos artículos. En total, 316 artículos fueron identificados. No fue posible llevar a cabo

un meta-análisis formal debido a la ausencia de datos controlados aleatorios. Siendo como resultado la existencia de enfermedad mental de hasta el 70% en pacientes con tuberculosis. Los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades mentales comunes, como la depresión, pueden tener interacciones significativas con agentes antituberculosos, especialmente isoniazida y linezolid. Los medicamentos empleados en el tratamiento para tuberculosis pueden tener efectos psiquiátricos adversos significativos y algunos medicamentos como la rifampicina pueden reducir las dosis efectivas de antipsicóticos y sus acciones de inducción enzimática. El tratamiento con agentes como la cicloserina se ha asociado con depresión, y se han notificado casos de psicosis con la mayoría de los agentes antituberculosos. Tanto la enfermedad mental como el abuso de sustancias también pueden afectar el cumplimiento del tratamiento, con preocupaciones de salud pública. Conclusión, existe la comorbilidad común de la enfermedad mental y la tuberculosis, es probable que los médicos se encuentren con enfermedades mentales previamente no diagnosticadas entre los pacientes con tuberculosis. Del mismo modo, es probable que los psiquiatras encuentren tuberculosis entre sus pacientes. Es importante que tanto los psiquiatras como los médicos sean conscientes del potencial de interacciones entre los fármacos utilizados para tratar la tuberculosis y los trastornos psiquiátricos. Este estudio es pertinente ya que existe fármacos para la TB que pueden interactuar con los fármacos dados para los trastornos psiquiátricos, también existe una relación en el tratamiento con cicloserina asociado a depresión. (11)

2.1.2.- ANTECEDENTES REGIONALES (AMERICA)

Dos Santos A, Lazzari T, et al. (2017). En su trabajo: *Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis*. Describe que Gran parte de la atención de los programas contra la tuberculosis (TB) se centra en los resultados de la cura microbiológica y la mortalidad, y se infravalora la calidad relacionada con la salud de la vida (CVRS). Además, pacientes con TB tienen un riesgo mayor a desarrollar depresión y ansiedad. El estudio evalúa la CVRS y la prevalencia de síntomas de la depresión y la ansiedad en los pacientes hospitalizados con tuberculosis. En este estudio de tipo transversal en un hospital de tercer nivel en Brasil. Los pacientes adultos con tuberculosis pulmonar, que fueron hospitalizados durante el período de estudio fueron identificados e invitados a participar. CVRS se midió utilizando el Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) versión 2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) se utilizó para registrar los síntomas de ansiedad y depresión. Resultando un estudio con 86 pacientes. La edad promedio fue de $44,6 \pm 15,4$ años, 69,8% eran varones y el 53,5% eran blancos. Treinta y dos pacientes (37,2%) fueron positivo paravirus de la inmunodeficiencia humana. Veintisiete pacientes (31,4%) cumplieron con los criterios del estudio para la depresión (puntuación HADS depresión ≥ 11) y 33 (38,4%) tenían ansiedad (puntuación HADS ansiedad ≥ 11). Las puntuaciones en todos los dominios de SF-36 fueron significativamente menores que las puntuaciones normales brasileñas (p

<0,001). Concluye que los pacientes con tuberculosis pueden tener una mala CVRS. Además, se encontró una prevalencia respecto a la depresión y la ansiedad. Trabajadores de la salud deben ser conscientes de estos trastornos psicológicos para permitir un mejor manejo de estos pacientes. El tratamiento de estas comorbilidades puede estar asociado con mejores resultados de TB. Este estudio es pertinente porque nos da a entender que existe una relación de la en la mala calidad de vida del paciente con diagnóstico de TB y son más propensos a sufrir ansiedad y depresión.(12)

Balcázar L., Ramírez Y., et al. En su trabajo: *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis*. Describe que la función de la familiar juega un papel importante en la salud o en el inicio de la enfermedad en cada uno de los integrantes de la familia. El objetivo es determinar la tasa de frecuencia de la depresión, como también correlacionar con la funcionalidad familiar en los pacientes con TB. Se evaluaron 38 casos, en la Unidades de Medicina Familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapa; se utilizó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, también la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos. Se obtuvieron relaciones causales con la prueba C2. Resultados: El 94.7% de casos se detectaron sintomatología depresiva, además el tipo de familia determino ser un factor asociado. Se concluye que la función familiar es un aspecto importante en el tratamiento del paciente. Este estudio es importante porque concluye que la familia cumple un papel preponderante en los niveles de depresión del paciente ya que un paciente en un buen ámbito familiar es menos propenso a sufrir trastornos psiquiátricos.(13)

2.1.3.- ANTECEDENTES NACIONALES

Aguedo, S. (2014). En su trabajo: *Grado de malestar psicológico en pacientes con Tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014*. Describe en pacientes con TB su grado de malestar psicológico en tres centros de salud en Lima, Perú. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. Con 125 pacientes encuestados. El instrumento que se utilizó fue el test de malestar psicológico de Kessler (k-10) que ha sido utilizado en varios países de Latinoamérica. Conclusiones: se obtuvieron que más de la mitad de pacientes tienen el grado alto y muy alto de la escala del malestar psicológico, los más afectados fueron de sexo masculino, entre las edades de 19 – 45 años, con educación secundaria y solteros. Además, que los pacientes con TB fueron con mayor frecuencia casos de TB pulmonar, nuevos, en el esquema I y con pocas comorbilidades. Se encontró relación entre el grado de malestar psicológico y el estado civil del paciente: los casados presentaron un mayor nivel de malestar psicológico. El estudio es importante ya que nos brinda información de la depresión y ansiedad en los pacientes con tuberculosis. Así nos informa como sus factores socio-demográfico y clínico que están correlacionados al paciente y cuál de ellos son los más preponderantes.(6)

Torres, M. (2002). En su trabajo: *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*. Describe como

objetivos en determinar niveles de depresión en pacientes con TB pulmonar frotis positivo en grupos: nunca tratados, crónicos y recaída, además determinar los niveles de soporte social que tienen los pacientes con TB frotis positivo, en los diferentes grupos; nunca tratados, crónicos y recaída. Relacionar entre depresión y nivel de soporte social en pacientes con TB frotis positivo. Es un estudio de investigación tipo descriptivo comparativo y correlacional. La población fue constituida por enfermos diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis (+) (TBP-FP). En el año 2000 el programa de tuberculosis atendió a 22,580 casos TBP-FP a nivel nacional. En Lima se obtuvo una población mayores de 15 años, el total fue de: 11,123 casos TBP-FP, la distribución fue de: DISA Lima-este: 1,861, DISA Lima-ciudad: 1,933, DISA Lima-norte: 4,790 y DISA Lima-sur: 2,539. Cuyas conclusiones fueron: hay diferencias significativas de nivel de depresión en estos grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, pacientes con TBP-FP crónicos presentan síntomas depresivos de severo a moderado, en los enfermos TBP-FP antes tratados y nuevos los síntomas depresivos son moderados a leves. Este artículo es importante ya que nos da a conocer que la depresión puede estar involucrado en los pacientes con TB nuevos o crónicos que padecen están enfermedad.(14)

2.1.4.- ANTECEDENTES REGIONALES.

Gomez, W. (2012). En su trabajo: *Calidad de vida del paciente en tratamiento antituberculoso atendido en la microred metropolitana. Region de salud de Tacna, 2012.* Determina el grado de salud y percepción de calidad de vida de vida en los

pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, en el campo de la salud pública. Se consideró a pacientes mayores de 14 años a más, de ambos sexos, a los cuales se le aplicó el cuestionario de Salud SF- 36. Resultados, se encontró que la mayor parte de la población estudiada correspondía al sexo masculino (66.0%), que el 34.0% representaba al grupo atareo de 41 a 49 años, que el porcentaje de personas solteras era de 63.8%; la ocupación más frecuente, estudiantes, con un 21.3%; la mayor parte procedía de Tacna (60.6%). Las esferas y componentes de salud obtuvieron las siguientes puntuaciones: función física (61.4), dolor corporal (59.7), salud mental (52.24), vitalidad (37.6), función social (30.9), salud general (27.9), rol emocional (11.1) y rol físico (8.44). Conclusiones, según el análisis realizado, la esfera de mayor percepción en su calidad de vida es el rol emocional y el dolor corporal es la peor percibida. El grupo etario de 14 a 25 años es el que se goza de mejor percepción de calidad de vida y de 60 años a más, cuentan con una baja percepción de calidad de vida, el estado civil soltero muestra mayor compromiso de sus esferas de salud. (15)

2.2 Marco teórico

2.2.1.- Malestar psicológico:

Es el nivel de stress percibido, disconfort, desmoralización y desasosiego; el concepto da a conocer información sobre la autopercepción de sentimientos, pensamientos, y comportamientos que podrían dar a conocer un problema de salud mental. Las personas más vulnerables son las

psiquiátricas, las manifestaciones clínicas son diversas entre ellas: afecciones psicosomáticas, alteraciones del sueño, sentimientos de miedo y temor, adicciones y desesperación.(16)

2.2.1.1.- Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10

La escala de Kessler K10 para malestar Psicológico, tuvo dos traducciones independientes las cuales fueron evaluadas por especialistas. También por otra parte, se aplicó una versión experimental a personas adultas (en 71 personas) para evaluar la severidad de la consigna y los ítems de dicha escala. Al analizar los resultados, se utilizó una versión definitiva que es similar al original. La escala tiene 10 componentes con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, cuyo rango de puntuaciones oscila entre los 10 y los 50 puntos. Evalúa el grado de malestar psicológico inespecífico (síntomas de depresión y ansiedad). (17)

2.2.2.- ANSIEDAD

2.2.2.1.- Definición

La ansiedad es la respuesta de todo organismo ante sucesos estresantes, con la finalidad de proteger a la persona ante amenazas externas, con la activación de mecanismos de alerta como de huida a través del sistema nervioso periférico y central cual

general una serie de sintomatología física y somática.

2.2.2.2.- Síntomas clínicos

- Respiratorio: dificultad respiratoria, sensación de falta de aire, frecuencia respiratoria acelerado.
- Cardiovascular: aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca aumentada, opresión torácica, palpitaciones aumentadas.
- Genitourinario: disuria, micción frecuente, disfunciones sexuales.
- Gastrointestinal: dificultad para deglutir, náuseas, diarreas, vómitos.
- Neurológico: parestesias, temblores, cefaleas, contracturas, tensionales, mareos o inestabilidad.
- Psicofísicos: agotamiento y fatigabilidad, temores o miedos intensos, pánico o terror, sensación de inseguridad, incapacidad de afrontar diferentes situaciones, preocupación, indecisión, anticipación, disminución en la concentración, inquietud e hiperactividad.
- Neurovegetativo: sequedad de mucosas, sudoración excesiva, pre síncope.

2.2.2.3.- Tratamiento

2.2.2.3.1.-Ansiolíticos

Los más utilizados son las benzodiazepinas con su acción central a nivel central sobre el receptor gabaérgico GABA-A. Son los utilizados en la atención

primaria son el alprazolam o lorazepam como fármacos de primera atención.

2.2.2.3.2.- Antidepresivos

Estos fármacos se utilizan cuando la ansiedad está acompañada de cuadro depresivo. Los inhibidores selectivos de serotonina son los fármacos de primera elección (sertralina, fluoxetina).

2.2.3.- DEPRESIÓN

2.2.3.1.- Definición

Los trastornos depresivos se identifican por un estado de tristeza de duración e intensidad lo suficientemente como para interferir en la funcionalidad despertado por la actividad. Se desconoce su causa exacta, pero podría estar involucrado con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, factores psicosociales, alteración en la función neuroendocrina.

2.2.3.2.- Signos y síntomas

Provoca disfunción psicomotora, cognitiva y de otros tipos (disminución de la concentración, disminución del deseo sexual, cansancio, disminución de realizar actividades y alteraciones del sueño). Las personas que padecen don esta enfermedad tienden a tener un pensamiento suicida o pueden intentar suicidarse. Los pacientes con depresión tienen una

tasa más alta de probabilidades de consumir alcohol o de otras sustancias de uso recreativo, con el intento de disminuir el sueño y la ansiedad.

2.2.3.3.- Tratamiento

2.2.3.3.1.- Manejo inicial

Hasta que la mejora comience, un médico puede requerir ver al paciente una vez por semana para poder controlar su evolución médica.

2.2.3.3.2.- Psicoterapia

- a) Están los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS). Los ISRS como la fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, la sertralina y la vilazodona.
- b) Los moduladores de serotonina (antagonistas de los receptores 5-HT₂). tenemos a la trazodona y la mirtazapina. Tienen efectos ansiolíticos y antidepresivos.
- c) Inhibidores de la recaptación de serotonina - noradrenalina. Tenemos a la duloxetina, desvenlafaxina, levomilnacipran, venlafaxina.
- d) Antidepresivos heterocíclicos. Fue en un inicio el pilar del tratamiento como amitriptilina e imipramina.

- e) Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Estos medicamentos disminuyen la desaminación oxidativa de los 3 tipos de aminas biógenas (dopamina, noradrenalina, 5-HT) y de algunas feniletilaminas. Tenemos los fármacos más conocidos tranilcipromina, fenelzina y isocarboxazida.
- f) Antidepresivo melatonérgico. La agomelatina es un agonista melatonérgico (MT1/MT2) y un antagonista de los receptores 5-HT2C. Se utiliza para episodios depresivos mayores. (18)

2.2.4.- Calidad de vida

El concepto de Calidad de Vida (CV) tiene sus inicios en los Estados Unidos, fue con la finalidad de conocer la percepción de la población si tenía una “buena vida” además de cómo se sentía económicamente.

El uso se extendió en los años sesenta, cuando varios investigadores sociales incursionan en la CV de la población con recolección de información objetiva en el ámbito socioeconómico, nivel de educación y tipo de vivienda. Estos indicadores eran insuficientes ya que solo daban un 15% de varianza en la CV de cada poblador.

Frente a este problema, los psicólogos iniciaron medidas subjetivas, que podrían aumentar la varianza en la CV en las

personas en un 50% con los indicadores de satisfacción y felicidad.

2.2.4.1.- Definiciones, tres categorías

Como ya se describió, no hay definición única sobre el tema de CV, pero, pueden ser definidas o agrupadas en tres grupos, esta categorización hecha por, Borthwick-Duffy, 1992; Felce & Perry, 1995.

a) CALIDAD DE VIDA (CV) = Condición de vida de la persona.

Bajo esta perspectiva, CV es medida objetivamente, con los componentes de salud física, relaciones sociales, condiciones de vida, actividades funcionales u ocupación (Hollanflsworth, 1988).

b) CALIDAD DE VIDA (CV) = Satisfacción en vida de la persona

Bajo este concepto, la CV es equivalente de satisfacción personal. Así, la vida de la persona sería la suma de la satisfacción de uno mismo en los diversos dominios de la vida personal.

Este tipo de definiciones tiene sus limitaciones hechas por los algunos autores, ya que solo tiene una percepción del bienestar subjetivo y deja a un lado las condiciones externas de vida de la persona (económico. social, cultural, político, salud mental).

La incorporación de la perspectiva subjetiva en la medición de CV es apoyar a la literatura en el

campo psiquiátrico de la auto evaluación de su estado actual de la persona.

c) CALIDAD DE VIDA (CV) = satisfacción con la vida más condiciones de vida

Desde este punto, la CV puede ser medida objetivamente, mediante indicadores sociales biológicos, materiales, psicológicos y conductuales, a estos componentes objetivos se le agrega sentimiento subjetivo que nos puede dar un bienestar general. Entonces este grupo de definición nos da una unión de la percepción objetiva y subjetiva de la persona.

d) CALIDAD DE VIDA (CV) = es satisfacción de vida + condiciones de la vida de la persona

Para este concepto los autores, la calidad de vida es un estado de bienestar general de la persona que abarca descriptores objetivos y además evaluaciones subjetivas como el bienestar material, físico, emocional y social, acompañado con el desarrollo de actividades y personales.

Esta categoría acepta más la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life - WHOQOL), el cual propuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995).(19)

2.2.4.2.- El cuestionario SF-36 español en el Perú

Este estudio evaluó las propiedades del cuestionario SF-36 en una muestra aproximada de 4344 personas de 15 a 64 años. La confiabilidad de la consistencia interna se estimó utilizando el coeficiente α de Cronbach, la validez de constructo mediante la comparación de grupos conocidos definida con respecto a las características sociodemográficas clave y la estructura factorial mediante análisis factorial confirmatorio (CFA) a nivel de artículo. El coeficiente α de Cronbach para el cuestionario completo fue de 0,82 y osciló entre 0,66 y 0,92 por escalas. Las 8 escalas discriminaron bien entre sexos, edad y grupos socioeconómicos. El CFA mostró que un modelo con 8 factores en primer orden y 2 factores en segundo orden (a saber, salud mental y física) que era una representación factible de la estructura factorial del cuestionario SF-36 y se ajustaba mejor a los datos que a las estructuras factoriales alternativas. El SF-36 dio propiedades psicométricas con respecto a la consistencia interna, la validez de constructo y la estructura de factores cuando se probó en Perú. Los estudios futuros deberían centrarse en probar otras propiedades psicométricas del SF-36, como la validez convergente y discriminante, la fiabilidad test-retest y la sensibilidad al cambio.(20)

2.2.5.- La tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una patología infecciosa y transmisible que es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que principalmente se encuentra comprometida los pulmones, pero que puede aparecer en otros tejidos y órganos. Se transmite exclusivamente a través de las secreciones respiratorias de los enfermos, los cuales con la tos expulsan en un aproximado entre 1 a 10 millones de bacilos en cada episodio.

La sintomatología que suelen presentarse en esta patología depende de la localización de la enfermedad. Según la OMS los síntomas inespecíficos con evolución casi prolongada son la disminución de peso, astenia, sudoración profusa nocturna, fiebre y anorexia. Las sintomatologías respiratorias son la tos, hemoptisis, expectoración hemoptoica o mucopurulenta, dificultad respiratoria o dolor torácico, sin que ninguno de estas sea patognomónico para la enfermedad

La “Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis” del año 2013, indica los procedimientos necesarios para el diagnóstico, la clasificación y la designación del esquema de tratamiento para esta enfermedad. (6)

CAPÍTULO 3
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES
OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Existe la asociación entre el grado de malestar psicológico y la calidad de vida en tratamiento antituberculoso atendido en LA MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019

3.2 Variables

3.2.1.- VARIABLES 1:

Calidad de vida

3.2.2.- VARIABLES 2:

Grado de malestar psicológico

3.3 Operacionalización de las variables

1. Calidad de vida

Percepción de la persona como un momento de bienestar que comprende percepciones objetivas y evaluaciones subjetivas de bienestar material, físico, emocional y social.

Se utilizará instrumento SF-36, los cuales van de 0 a 100, siendo este último indicador de mayor CV.

2. Grado de Malestar Psicológico: Entendido como el nivel de estrés, disconfort, desmoralización y desasosiego percibido por la persona.

Se utilizará la escala de Kessler K-10 con la que identificará 4 grados:

- Bajo: con un puntaje de (10 - 15)
- Moderado: con un puntaje de (16 - 21)
- Alto: con un puntaje de (22 – 29)
- Muy Alto: con puntaje (30 - 50)

3. Grado de instrucción de la persona:

- Superior (técnico o universitario).
- Secundaria.
- Primaria.
- Sin estudios.

4. Estado civil: Situación de la persona que ocupa en la sociedad, en función a la persona que forman o ha formado su familia.

Clasificación:

- Solteros
- Casados
- Separados
- Viudos
- Con conviviente.

5. Situación laboral: Rol que cumple la cada persona en cuanto a su capacidad de desarrollar una labor dentro de la sociedad.

clasificación:

- Empleado
- Desempleado

- Dueño de casa
- Jubilado
- Licencia médica

6. Situación económica: Condición de la persona en relación a la economía de su ingreso y gastoso grupo de personas, en cuanto al equilibrio económico entre sus ingresos y gastos. El paciente dará su percepción de sus necesidades económicas, clasificada:

- Mala: necesidades no satisfechas.
- Regular: necesidades parcialmente satisfechas.
- Buena: necesidades satisfechas.

7. Edad: Operacional: División de la población en 6 grupos:

- Entre edades de 16 – 19 años.
- Entre edades de 20 – 29 años.
- Entre edades de 30 – 39 años.
- Entre edades de 40 – 49 años.
- Entre edades de 50 – 59 años.
- Mayores de 60 años.

8. Tipo de tuberculosis: Se consideró 5 tipos de tuberculosis:

- Pulmonar: afecta el parénquima pulmonar.
- Pleural: afecta exclusivamente la pleura.
- Extrapulmonar: afección de fluidos o tejidos diferentes al pulmón.
- Multidrogorresistente (MDR): resistencia simultánea a la rifampicina e isoniacida.
- Extremadamente resistente (XDR): resistencia simultánea a la rifampicina, isoniacida, una fluoroquinolona y un inyectable de segunda línea.

9. Período de tratamiento en el que se aplicó el test: se consideró 3 grupos:

- Paciente que realizaron el cuestionario durante la fase 1 del esquema I.
- Paciente que realizaron el cuestionario durante la fase 2 del esquema I.
- Los pacientes con un esquema que requiere de medicación diaria por más de 2 meses.

Operacionalización de las variables en estudio: escala K- 10 de Kessler

Variable	Escala	Indicadores	Criterios de medición	instrumento
Grado de malestar psicológico	Ordinal	¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?	Escala de k-10 <ul style="list-style-type: none"> • Muy Alto: 30- 50 puntos. • Alto: 22 – 29 puntos. • Moderado: 16-21 puntos. • Bajo: 10 -15. 	Escala de malestar psicológico
		¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?		
		¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?		
		¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?		

Operacionalización de las variables en estudio: cuestionario SF-36

Variable	dimensión	Indicadores	Criterios de medición	Técnica o instrumento
Calidad de vida (SF-36)	Función física	Muy limitado para actividades: 0	Nominal	cuestionario SF-36
		Realiza todo tipo de actividades: 100		
	Rol físico	Problemas con el trabajo: 0		
		Ningún problema con el trabajo: 100		
	Dolor corporal	Intenso y limitante: 0		
		Ausente: 100		
	Salud general	Mala: 0		
		Excelente: 100		
	Vitalidad	Cansado y exhausto: 0		
		Dinámico y lleno de energía: 100		
	Función social	Interferencia extrema frecuente: 0		
		Actividades sociales normales, sin interferencia: 100		
	Rol emocional	Limitado: 0		
		No Limitado: 100		
Salud mental	Angustia y depresión: 0			
	Felicidad y Tranquilidad y calma: 100			

Operacionalización de las variables en estudio: factores sociodemográficos y clínicos

Variable	Escala de medición	Indicadores	Criterios de medición	Técnica o instrumento
Sexo	Nominal	Sexo	femenino	Encuesta
			masculino	
Edad	Ordinal	Edad	16-19	Encuesta
			20-29	
			30-39	
			40-49	
			50-59	
			Mayor de 60	
Estado Civil	Nominal	Estado Civil	Soltero	Encuesta
			Casado	
			Viudo	
			Divorciado/separado	
			Conviviente	
Situación laboral	Nominal	Situación laboral	Empleado	Encuesta
			Desempleado	
			dueño de casa	
			Con licencia medica	
			jubilado	
Situación económica	ordinal	Situación económica	Buena	Encuesta
			Regular	
			Mala	
Grado de instrucción	ordinal	Nivel de educación	Sin estudios	Encuesta
			Primaria	
			secundaria	
			Superior (técnico o universitario)	
Periodo de tratamiento en el que se aplicó el test	nominal	Dato de la Historia clínica	Fase I	Examinar la Historia clínica
			Fase II	
			Dosis diaria a más de 2 meses	
Tipo de tuberculosis	nominal	Dato de la Historia clínica	Pulmonar	Examinar la Historia clínica
			Extrapulmonar	
			Pleural	
			MDR	
			XDR	

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente estudio es de tipo observacional, correlacional, retrospectivo en pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED DE CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población:

La población que se va a estudiar en este presente trabajo será el total de pacientes que están en tratamiento antituberculoso atendidos en LA MICRORED CONO SUR. REGION DE SALUD DE TACNA. 2019.

Que están formados por 5 centros de salud entre ellos están: C.S. San Francisco, P.S. 5 de noviembre, P.S. Las Begonias, P.S. Vista Alegre y P.S. Viñani.

4.2.3 Criterios de Inclusión

- Persona con tratamiento antituberculoso.
- Persona mayor de 16 años de edad cumplidos
- Paciente que haya firmado el consentimiento informado.

4.2.4 Criterios de Exclusión

- Personas menores de 16 años con tratamiento antituberculoso.
- Persona con enfermedades mentales.
- Paciente que no haya firmado el consentimiento informado
- Paciente que haya llenado inadecuadamente el test.

4.3 Instrumentos de recolección de datos.

4.3.1 Cuestionario para la medición de calidad de vida en salud sf-32 v.2.

Este cuestionario está compuesto por 36 preguntas que valoran bienestar de la persona que comprende percepciones objetivas y evaluaciones subjetivas de bienestar material, físico, emocional y social.

Las 36 preguntas del instrumento al final se dividen en 8 dimensiones y dos grandes categorías. Las categorías son el componente de salud física (que en esta abarca las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal y salud general), y la segunda categoría es el componente de salud mental (que abarca la vitalidad, función social, rol emocional y salud Mental. Cada componente es el resultado de la unión de determinadas preguntas y puntajes del cuestionario, que al final es entregado en un rango de 0 a 100 por cada dimensión, siendo este último indicador de mayor CV.

4.3.2 Test de malestar psicológico de kessler-10

El test es un cuestionario para determinar a nivel de atención primaria en la salud, indicios de trastornos de ansiedad y depresión. Consta de 10 preguntas, que cada una de ellas esta categorizada en una escala de 5 niveles (se asigna un punto as más bajo valor y 5 al más alto valor). Teniendo así un mínimo de 10 y un máximo de 50.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Recolección de datos

Primeramente, se obtuvo autorización de los centros de salud en que se realizara la encuesta mediante una resolución enviada por la universidad, se coordinó con el personal de salud que está encargado del programa del control de la tuberculosis para que nos brinde un espacio y facilitar así la recolección de datos a cada uno de los pacientes mediante la encuesta.

En un primer contacto con el paciente se le explica cuál es el objetivo del trabajo y en qué consisten los cuestionarios que se les va a entregar.

Aquellos pacientes que estaban de acuerdo para realizar el cuestionario, se les entregó el consentimiento informado, una vez firmado, se le entrega dicho para ser llenado.

5.2 Análisis estadísticos de los datos

Una vez obtenido los datos se les procesara ingresando al programa estadístico EPI INFO para la crear la base de datos y el análisis descriptivo, como también a SPSS para la realización de tablas complejas y gráficos.

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORRED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS		n	%
Edad	< 20 años	18	25.4%
	20 a 29 años	23	32.4%
	30 a 39 años	13	18.3%
	40 a 49 años	7	9.9%
	50 a 59 años	6	8.5%
	60 a más	4	5.6%
	Total	71	100.0%
Sexo	Masculino	42	59.2%
	Femenino	29	40.8%
	Total	71	100.0%
Estado civil	Soltero	35	49.3%
	Casado	12	16.9%
	viudo	1	1.4%
	divorciado/separado	2	2.8%
	conviviente	21	29.6%
	Total	71	100.0%
Grado se estudios	Sin estudios	1	1.4%
	Primaria	8	11.3%
	Secundaria	56	78.9%
	Superior	6	8.5%
	Total	71	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 1 se presenta una descripción de los pacientes con tratamiento antituberculoso por sus características sociodemográficas, donde se observa que el grupo de edad más frecuente son los pacientes entre 20 a

29 años en un 32,4%, seguido de un grupo más joven menores de 20 años y representan el 25%, de la población estudiada.

En cuanto al sexo el 52,9% fueron varones mientras que las mujeres representan al 40,8%.

Con respecto al estado civil, un 49,3% eran solteros, seguido del 29,6% en estado de convivientes, luego un 16,9% manifestó ser casado/a.

La instrucción alcanzada fue del 78,9% con estudios secundaria, seguido del 11,3% con instrucción primaria y un 8,5% tenía estudios superiores.

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SITUACIÓN LABORAL Y
ECONÓMICA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR.
REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019**

		n	%
Situación laboral	Empleado	14	19.7%
	Desempleado	24	33.8%
	Dueño de casa	10	14.1%
	Con licencia médica	2	2.8%
	Jubilado	0	0.0%
	Estudiante	21	29.6%
	Total	71	100.0%
Situación económica	Buena (satisface sus necesidades)	0	0.0%
	Regular (satisface parcialmente sus necesidades)	49	69.0%
	Mala (No satisface sus necesidades)	22	31.0%
	Total	71	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 2 se puede observar que el 33,8% de los pacientes con tratamiento antituberculoso se encuentra desempleado, un 29,6% son estudiantes, seguido del 19,7% se encontraba empleado, mientras un 14.1% se dedican a los quehaceres del hogar como dueño o ama de casa.

Del total de pacientes con tuberculosis manifiesta una situación económica regular el 69% de los pacientes, seguido del 31 que percibe su situación económica como mala

TABLA 3**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORRED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		n	%
Fase de tratamiento	durante la fase 1 esquema I	30	42.3%
	durante la fase 2 esquema I	33	46.5%
	Es un paciente con un esquema que requiere de medicación diaria por más de 2 meses	8	11.3%
	Total	71	100.0%
Tipo de tuberculosis que tiene	Pulmonar	43	60.6%
	Extrapulmonar	5	7.0%
	Pleural	16	22.5%
	MDR (multidrogoresistente)	7	9.9%
	XDR (Extremadamente resistente)	0	0.0%
	Total	71	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

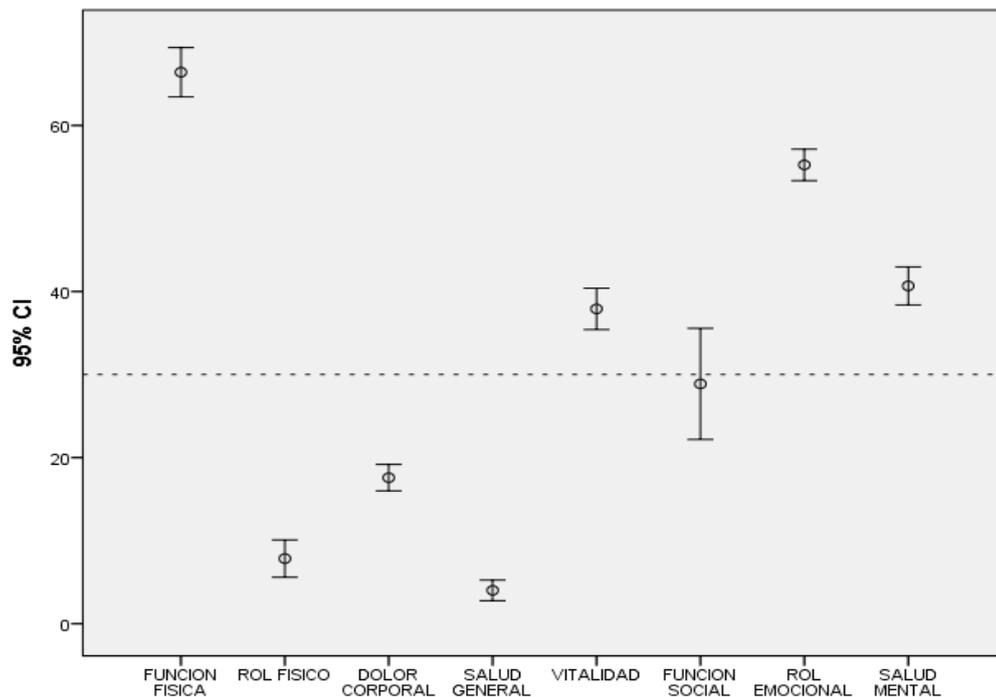
La tabla 3 presenta las características clínicas de los pacientes en tratamiento antituberculoso, como se puede apreciar, un 46,5% de ellos se encuentra en la fase 2 del esquema I, luego el 42,3% se encuentra en fase I y con tratamiento de esquema I, existe un 11,3% de los pacientes que requieren de medicación diaria por más de 2 meses.

Los diagnósticos de tuberculosis refieren que el 60,6% posee tuberculosis pulmonar, el 22,5% tuberculosis pleural, un 9,9% de los pacientes es Multidrogoresistente, seguido del 7% que poseen una tuberculosis extrapulmonar

TABLA 4

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN EN EL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA SF-36 EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
FUNCION FISICA (0-100)	71	40.00	90.00	66.4085	12.51237
ROL FISICO (0-100)	71	0.00	25.00	7.8345	9.49144
DOLOR CORPORAL (0-100)	71	12.00	31.00	17.5775	6.71387
SALUD GENERAL (0-100)	71	0.00	20.00	4.0141	5.25219
VITALIDAD (0-100)	71	16.67	58.33	37.9108	10.52102
FUNCION SOCIAL (0-100)	71	0.00	100.00	28.8732	28.23621
ROL EMOCIONAL (0-100)	71	43.33	68.33	55.2465	8.03316
SALUD MENTAL (0-100)	71	25.00	62.50	40.6690	9.67515



Fuente: Cuestionario Investigador

GRÁFICO 1: TENDENCIA DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

En la tabla 4 y gráfica 1 se puede evidenciar que 6 valores de la media de las 8 dimensiones se encuentran por debajo de los 50 puntos, es decir que esas seis se encuentran afectadas a excepción de la función física y el rol emocional, quienes se encuentran por encima de la mitad de los puntos de las escalas del SF 36. Pudiéramos concluir que seis de las dimensiones están afectadas, pero es necesario encontrar cuál de ellas están más comprometidas. Escalas con mayor afectación son la salud general con un promedio de 4.01, seguido del rol físico con 7.8, dolor corporal en 17.5, la función social en 28.8, vitalidad con 37.9 y salud mental con 40,6.

TABLA 5

CORRELACIÓN DE LAS DIMENSIONES Y SU INFLUENCIA EN LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DEL INSTRUMENTO SF-36 EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORRED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

Correlaciones		PHYSICAL COMPONENT SCALE	MENTAL COMPONENT SCALE
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	0.835	0.542
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson	0.884	0.469
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.527	0.609
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.609	0.771
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	0.658	0.706
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.566	0.878
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	71	71
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.169	0.704
	Sig. (bilateral)	0.159	0.000
	N	71	71
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	0.387	0.907
	Sig. (bilateral)	0.001	0.000
	N	71	71

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 5 se muestra la correlación entre las 8 dimensiones del SF 36 y su influencia en el componente físico y mental.

Podemos evidenciar que todas las esferas influyen significativamente tanto en el componente físico, así como en el componente mental; considerándose que se encuentran todas comprometidas y su influencia es altamente significativa en las dos grandes dimensiones, a excepción

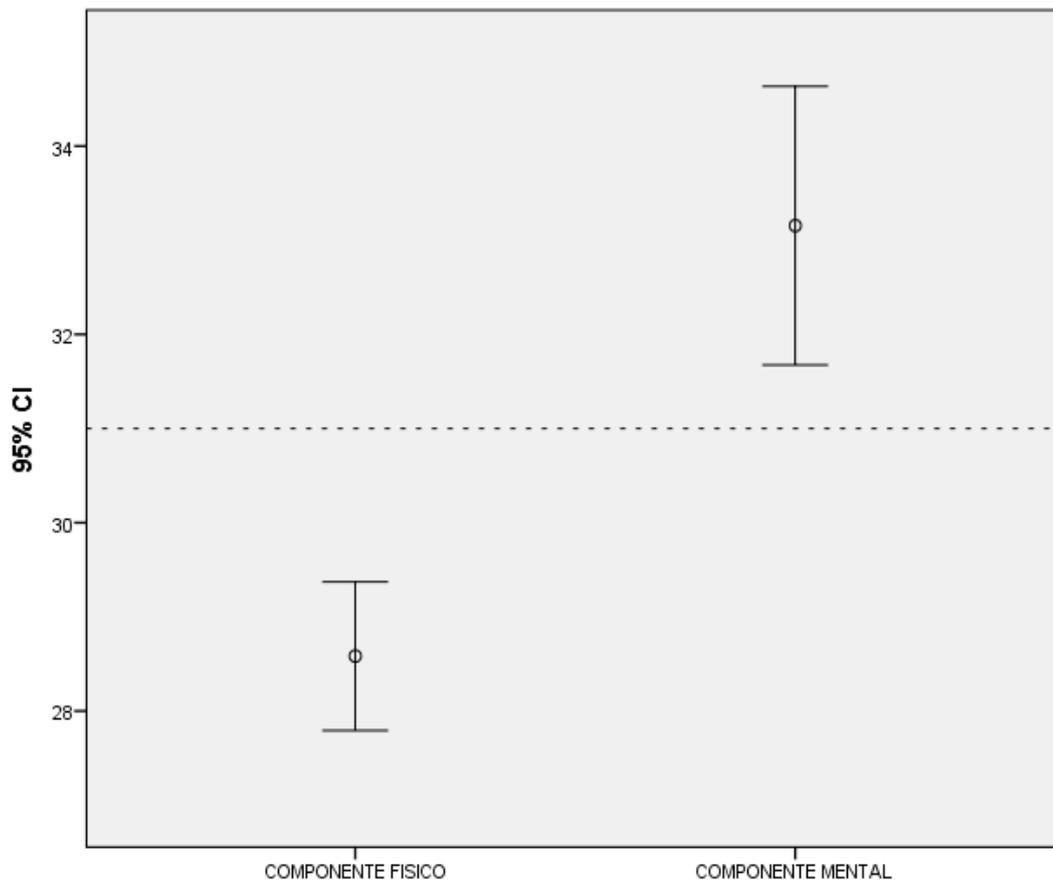
de la dimensión emocional con el componente físico, donde el valor p se encuentra es de 0,159.

TABLA 6

CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Sf36 DE PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA		N	%
Calidad de vida componente físico	Mala	44	62.0%
	Regular	12	16.9%
	Buena	15	21.1%
	Total	71	100.0%
Calidad de vida componente mental	Mala	38	53.5%
	Regular	21	29.6%
	Buena	12	16.9%
	Total	71	100.0%

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Componente físico	71	23.35	36.22	28.5829	3.33478
Componente mental	71	22.99	48.45	33.1550	6.25544



Fuente: Cuestionario Investigador

GRÁFICO 2. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

En la tabla 6 y gráfica 2 se puede ver que el promedio obtenido por la población se encuentra por debajo de los 34 puntos, teniendo en consideración que el puntaje máximo evaluado por el instrumento es de 100 puntos, sin embargo, se encontró en el componente físico un puntaje máximo de 36,22 puntos y en el componente mental el puntaje máximo obtenido fue de 48 puntos. Lo cual es menos de la mitad del puntaje promedio, evidenciando así que la calidad de vida de los pacientes con tratamiento antituberculoso es baja. Siendo el más afectado el componente físico

La calidad de Vida según el componente físico fue mala en el 62% de los pacientes, en tanto que la calidad de vida por el componente mental igualmente fue mala en el 53,5% de los pacientes.

El gráfico 2 muestra que la diferencia entre el componente mental y el componente físico es altamente significativa. El compromiso del componente físico es mayor que el componente mental o emocional.

TABLA 7**CONSOLIDADO DE LA CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO AL CUESTIONARIO SF36 EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED COMO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019**

CALIDAD DE VIDA GENERAL		n	%
CALIDAD DE VIDA	Mala	39	54.93
	Regular	19	26.76
	Buena	13	18.31
	Total	71	100.00
CALIDAD DE VIDA CONSOLIDADO	Mala/regular	58	81.7%
	Buena	13	18.3%
	Total	71	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

En la tabla 7 se puede apreciar que en la población total de pacientes evaluados el 81,7% presenta una calidad de vida de regular a mala y solo el 18,3% tiene buena calidad de vida.

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MALESTAR PSICOLÓGICO DE
LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE
TACNA. 2019**

		n	%
Malestar Psicológico (Kessler)	Bajo	0	0.0%
	Moderado	4	5,6%
	Alto	33	46.5%
	Muy alto	34	47,9%
	Total	71	100.0%

Fuente: Cuestionario Investigador

Se evaluó del mismo modo la variable malestar psicológico, la tabla 8 muestra un malestar psicológico Muy alto en el 47,9% seguido de un malestar alto en el 46,5%; es decir más del 80% si sumamos ambas categorías, tienen un alto malestar psicológico, lo cual es preocupante.

TABLA 9

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

		CALIDAD DE VIDA CONSOLIDADO						p:
		MALA/REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	< 20 años	17	29.3%	1	7.7%	18	25.4%	0,002
	20 a 29 años	21	36.2%	2	15.4%	23	32.4%	
	30 a 39 años	9	15.5%	4	30.8%	13	18.3%	
	40 a 49 años	2	3.4%	5	38.5%	7	9.9%	
	50 a 59 años	5	8.6%	1	7.7%	6	8.5%	
	60 a más	4	6.9%	0	0.0%	4	5.6%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	
Sexo	Masculino	36	62.1%	6	46.2%	42	59.2%	0.291
	Femenino	22	37.9%	7	53.8%	29	40.8%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	
Estado civil	Soltero	32	55.2%	3	23.1%	35	49.3%	0,229
	Casado	9	15.5%	3	23.1%	12	16.9%	
	viudo	1	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	
	separado	1	1.7%	1	7.7%	2	2.8%	
	conviviente	15	25.9%	6	46.2%	21	29.6%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	
Grado se estudios	Sin estudios	1	1.7%	0	0.0%	1	1.4%	0,011
	Primaria	6	10.3%	2	15.4%	8	11.3%	
	Secundaria	49	84.5%	7	53.8%	56	78.9%	
	Superior	2	3.4%	4	30.8%	6	8.5%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	
Situación laboral	Empleado	8	13.8%	6	46.2%	14	19.7%	0,046
	Desempleado	22	37.9%	2	15.4%	24	33.8%	
	Dueño de casa	8	13.8%	2	15.4%	10	14.1%	
	Con licencia médica	1	1.7%	1	7.7%	2	2.8%	
	Jubilado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Estudiante	19	32.8%	2	15.4%	21	29.6%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	
Situación económica	Buena	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0,044
	Regular	37	63.8%	12	92.3%	49	69.0%	
	Mala	21	36.2%	1	7.7%	22	31.0%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	

Fuente: Cuestionario Investigador

La tabla 9 muestra a las características demográficas según calidad de vida, y se encontró que hubo diferencias significativas de acuerdo a la

edad y calidad de vida con un valor p de 0,002. Y el grado de estudios con calidad de vida con un p valor de 0,011.

Muestra cómo es que existe diferencia significativa entre la situación laboral y la situación económica con la calidad de vida, con un p valor de 0.046 y 0,044 respectivamente.

TABLA 10

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

		CALIDAD DE VIDA CONSOLIDADO						p:
		MALA/REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Fase de tratamiento	durante la fase 1 esquema I	27	46.6%	3	23.1%	30	42.3%	0,042
	durante la fase 2 esquema I	23	39.7%	10	76.9%	33	46.5%	
	Es un paciente con un esquema que requiere de medicación diaria por más de 2 meses	8	13.8%	0	0.0%	8	11.3%	
Tipo de tuberculosis que tiene	Pulmonar	34	58.6%	9	69.2%	43	60.6%	0,620
	Extrapulmonar	4	6.9%	1	7.7%	5	7.0%	
	Pleural	13	22.4%	3	23.1%	16	22.5%	
	MDR (multidrogoresistente)	7	12.1%	0	0.0%	7	9.9%	
	XDR (Extremadamente resistente)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	58	100.0%	13	100.0%	71	100.0%	

Fuente: Cuestionario Investigador

La tabla 10 muestra diferencias significativas entre la fase de tratamiento y la calidad de vida en general de los pacientes en tratamiento antituberculoso, con un p valor de 0,042 muestra que quienes tienen buena calidad de vida el 76,9% se encuentra en fase 2 del esquema II del tratamiento.

Con respecto al tipo de tuberculosis y calidad de vida no existen diferencias de comportamiento cual nos conlleva a valores más este variable para su futuro estudio.

TABLA 11

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS SEGÚN MALESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

		MALESTAR PSICOLÓGICO								p:
		MODERADO		ALTO		MUY ALTO		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	< 20 años	0	0.0%	11	33.3%	7	20.6%	18	25.4%	0.124
	20 a 29 años	0	0.0%	11	33.3%	12	35.3%	23	32.4%	
	30 a 39 años	2	50.0%	4	12.1%	7	20.6%	13	18.3%	
	40 a 49 años	2	50.0%	3	9.1%	2	5.9%	7	9.9%	
	50 a 59 años	0	0.0%	3	9.1%	3	8.8%	6	8.5%	
	60 a más	0	0.0%	1	3.0%	3	8.8%	4	5.6%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Estado civil	Soltero	0	0.0%	19	57.6%	16	47.1%	35	49.3%	0.036
	Casado	0	0.0%	4	12.1%	8	23.5%	12	16.9%	
	viudo	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	1	1.4%	
	divorciado/separado	1	25.0%	0	0.0%	1	2.9%	2	2.8%	
	conviviente	3	75.0%	9	27.3%	9	26.5%	21	29.6%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Grado de estudios	Sin estudios	0	0.0%	1	3.0%	0	0.0%	1	1.4%	0.644
	Primaria	1	25.0%	4	12.1%	3	8.8%	8	11.3%	
	Secundaria	2	50.0%	25	75.8%	29	85.3%	56	78.9%	
	Superior	1	25.0%	3	9.1%	2	5.9%	6	8.5%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Situación laboral	Empleado	3	75.0%	7	21.2%	4	11.8%	14	19.7%	0.088
	Desempleado	0	0.0%	10	30.3%	14	41.2%	24	33.8%	
	Dueño de casa	1	25.0%	4	12.1%	5	14.7%	10	14.1%	
	Con licencia médica	0	0.0%	0	0.0%	2	5.9%	2	2.8%	
	Jubilado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Estudiante	0	0.0%	12	36.4%	9	26.5%	21	29.6%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Situación económica	Regular (satisface parcialmente sus necesidades)	4	100.0%	23	69.7%	22	64.7%	49	69.0%	0.35
	Mala (No satisface sus necesidades)	0	0.0%	10	30.3%	12	35.3%	22	31.0%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Fase de tratamiento	durante la fase 1 esquema I	0	0.0%	11	33.3%	19	55.9%	30	42.3%	0.037
	durante la fase 2 esquema I	4	100.0%	19	57.6%	10	29.4%	33	46.5%	
	requiere de medicación diaria por más de 2 meses	0	0.0%	3	9.1%	5	14.7%	8	11.3%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	
Tipo de tuberculosis que tiene	Pulmonar	4	100.0%	19	57.6%	20	58.8%	43	60.6%	0.493
	Extrapulmonar	0	0.0%	2	6.1%	3	8.8%	5	7.0%	
	Pleural	0	0.0%	10	30.3%	6	17.6%	16	22.5%	
	MDR	0	0.0%	2	6.1%	5	14.7%	7	9.9%	
	Total	4	100.0%	33	100.0%	34	100.0%	71	100.0%	

En la tabla 11 se muestra a las características demográficas y clínicas, se encontró que las variables que sí están asociadas al malestar psicológico son el estado civil con un p valor de 0,036, y la fase de tratamiento con un p valor de 0,037.

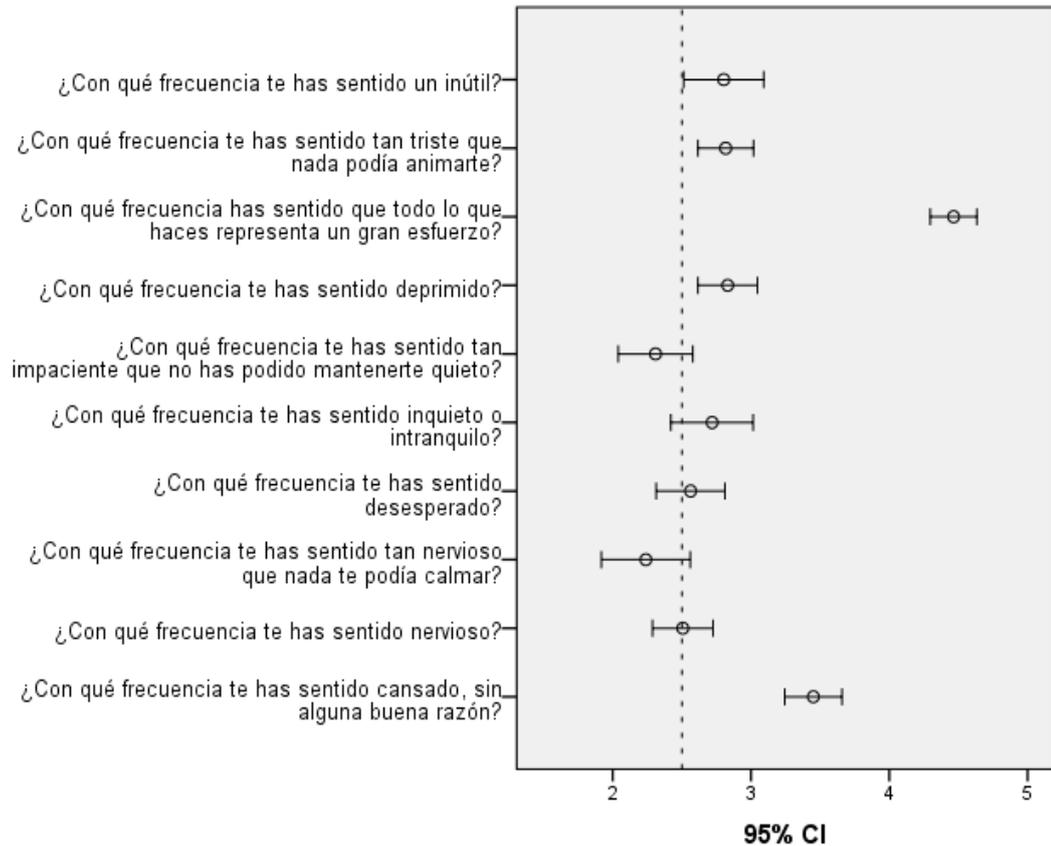


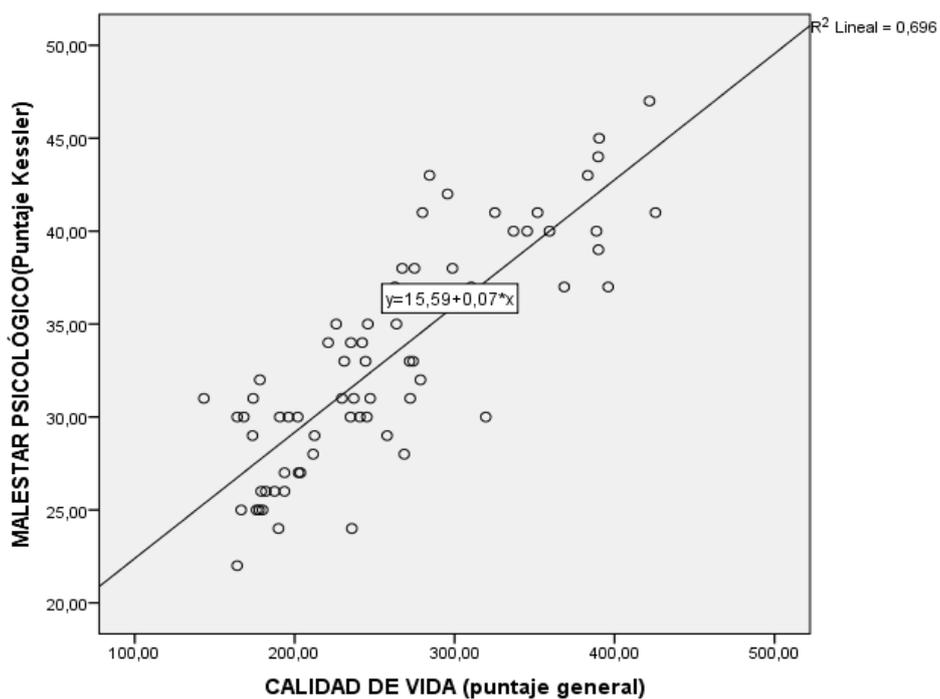
GRÁFICO 3: INDICADORES DEL MALESTAR PSICOLOGICO E PACIENTES CON TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

El gráfico 3 resalta los indicadores más afectados para el malestar psicológico en los pacientes con tuberculosis donde se puede apreciar que lo más resaltante es que sienten que todo lo que hacen representa un gran esfuerzo, seguido de que con mucha frecuencia se sienten cansados sin razón alguna, frecuentemente se han sentido deprimidos, tristes y que nada puede animarlos, hasta han llegado a sentirse inútiles.

TABLA 12

MALESTAR PSICOLOGICO SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO ATENDIDOS EN LA MICRORRED CONO SUR. REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2019

		CALIDAD DE VIDA								p:
		MALA		REGULAR		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
MALESTAR PSICOLOGICO	ALTO	13	39,4%	14	42,4%	6	18,2%	33	100,0%	0.008
	MUY ALTO	26	76,5%	5	14,7%	3	8,8%	34	100,0%	
	Total	39	58,2%	19	28,4%	9	13,4%	67	100,0%	



Fuente: Cuestionario Investigador

GRÁFICO 4: MALESTAR PSICOLOGICO SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA

En la tabla 12 y gráfico 4 se puede observar que el 76,5% de los pacientes con muy alto malestar psicológico tiene una mala calidad de vida. Y de aquellos con alto malestar psicológico el 39,4% también posee mala calidad de vida. Mientras que un 42,4% de quienes tiene alto malestar psicológico poseen una regular calidad de vida, siendo esa diferencia significativa con un p valor de 0.008.

Al contrastar ambas variables se encontró una relación positiva directamente proporcional y con un r square de 0,7 (0.696)

Discusión

La salud no solo es comprendida como la ausencia de enfermedad, sino que su concepción es global e integral de las personas, contemplando aspectos físicos, psicológicos y sociales interrelacionados. Y es la organización mundial de la salud quien plantea la promoción de la salud mental para prevenir trastornos mentales de tal modo que se pueda ayudar a mantener o mejorar la salud de las personas.

El malestar psicológico se refiere a una serie de manifestaciones clínicas como la depresión, ansiedad, angustia, insomnio, preocupación etc., que se encuentra arraigados en las personas, las cuales requiere de una ayuda específica urgente. Del mismo modo el evaluar la calidad de vida las personas nos brindan información, de cómo es que las personas perciben y evalúan las condiciones que van a contribuir a su bienestar. En la revisión de la literatura nacional, internacional y regional existe una escasez de trabajos que traten la variable malestar psicológico, sin embargo, la variable calidad de vida suele ser bastante medido para diversos diagnósticos sanitarios. En cuanto al malestar psicológico se ha encontrado que muchos trabajos fueron enfocados a otro tipo de personas, estudiantes, gestantes cuidadores, diabéticos, enfermos cardíacos, en pacientes con daño neurológico, pero a pacientes con diagnóstico de tuberculosis solo se ha encontrado uno.

Un trabajo muy similar al nuestro es el realizado por Aguedo, S. (6) en el año 2014, quien evaluó el Grado de malestar psicológico en pacientes con Tuberculosis quien del mismo modo empleó el test de malestar psicológico de Kessler y encontraron que más de la mitad de pacientes tienen el grado alto y muy alto de la escala del malestar psicológico.

Nuestros resultados también demostraron que, en esta región de Tacna, los pacientes con tratamiento de tuberculosis se encuentran en un alto y muy alto grado de malestar psicológico.

No nos es posible comparar nuestros resultados con la revisión realizada porque ninguno de esos trabajos evalúa el malestar psicológico, mucha de nuestra revisión trata problemas de ansiedad lo cual es solo un aspecto del malestar psicológico. Es estudio de Aguedo también menciona a grupos de edad entre 19 a 45 años de edad son educación secundaria y solteros.

Cabe resaltar que gran parte de nuestra población igualmente se encuentra soltera/o, y que quienes están en tratamiento el mayor porcentaje son jóvenes, con el fin de clarificar mejor los grupos de edad se tomó en consideración agrupar a la población en intervalos exactos, más cortos (de 10 en 10) de modo tal que se pueda vislumbrar de mejor modo a los pacientes con tuberculosis que siguen el programa de tratamiento, así el mayor porcentaje de quienes se encuentran en el programa tienen menos de 29 años.

Pero igualmente se puede evidenciar que quienes evaluaron la depresión en pacientes con tuberculosis demostraron que la depresión está presente en gran porcentaje de ellos, así lo afirma Lee LY, Tung HH, et al. (7) quien evaluó el estigma de depresión encontrando que existe una relación entre el diagnóstico de tuberculosis y la depresión; del mismo modo Kumar K, Kumar A, et al. (8) midió la ansiedad y depresión, este estudio demostró además que aquellos que recién habían sido diagnosticados con la enfermedad eran los más propensos a sufrir de depresión y ansiedad, sin embargo para nuestro estudio no consideramos el tiempo de diagnóstico, variable que sería interesante evaluar. Al igual que Kumar Chen X, Zhao Y, et al. (9) analizó la ansiedad y depresión considerando las variables epidemiológicas. Ese estudio demostró que la depresión y la ansiedad en pacientes con tuberculosis eran obviamente superiores a los de las personas normales, y hay muchos factores que pueden causar o contribuir a la depresión y la ansiedad. Nuestra revisión encontró también un estudio que evaluó el estrés emocional en pacientes con tuberculosis severa Paulo BX, Peixoto, B (10) mostró con su trabajo

que la angustia emocional expresada en términos de ansiedad y depresión es muy alta. Otro indicador que se encuentra en la variable malestar psicológico es la depresión, Balcázar L., Ramírez Y., et al. (13) quien encontró que en el 94.7% de los casos se detectaron sintomatología depresiva, además el tipo de familia determinó ser un factor asociado.

Al igual que nosotros Dos Santos A, Lazzari T, et al. (12) demostró mala calidad de vida del paciente con tuberculosis y por ende son más propensos a sufrir ansiedad y depresión.

En nuestra ciudad Gómez, W. (15). Realiza un estudio para medir Calidad de vida del paciente en tratamiento antituberculoso atendido en la microred metropolitana. Región de salud de Tacna, 2012 quien aplicó del mismo modo el cuestionario de calidad de vida SF- 36. Las esferas y componentes de salud obtuvieron las siguientes puntuaciones: función física (61.4), dolor corporal (59.7), salud mental (52.24), vitalidad (37.6), función social (30.9), salud general (27.9), rol emocional (11.1) y rol físico (8.44). Según su análisis realizado, la esfera de mayor percepción en su calidad de vida es el rol emocional y el dolor corporal es la peor percibida. En nuestro trabajo estos resultados difieren levemente lo peor percibido en nuestra población fue a salud general (4.01) seguido del rol físico (8.8) el dolor corporal (17.5), a función social (28.8) y la vitalidad (37.9).

Todo esto asociado al malestar psicológico donde lo que prima es que en los pacientes con tuberculosis sienten que todo lo que hacen representa un gran esfuerzo, seguido de que con mucha frecuencia se sienten cansados sin razón alguna, frecuentemente se han sentido deprimidos, tristes y que nada puede animarlos, hasta han llegado a sentirse inútiles, intranquilos y desesperados.

CONCLUSIONES

1. La calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso atendidos en la Microred de Cono Sur, Región de salud de Tacna. 2019 fue percibida como mala en el 54,93% de los pacientes
2. El grado de malestar psicológico en la Microred de Cono Sur. Región de salud de Tacna. 2019. se manifiesta como muy alto malestar psicológico en el 47,9% y alto para el 46,5% de la población con tratamiento antituberculoso, y que nos hace concluir que existe una vulnerabilidad del malestar psicológico en los pacientes con TBC
3. Se observó que las escalas con mayor afectación son la salud general con un promedio de 4.01, seguido del rol físico con 7.8, dolor corporal en 17.5, la función social en 28.8, vitalidad con 37.9 y salud mental con 40,6 en pacientes con tratamiento antituberculoso atendidos en la Microred cono sur. Región de salud de Tacna. 2019.
4. Más del 50% de los tratados con antituberculosos tiene menos de 29 años, la mayoría son varones (59,2%) el 49,3% se encuentra soltero, un 78,9% alcanzó los estudios básicos de educación secundaria además la mayoría considera que la situación laboral que vive es regular a baja ya que no puede satisfacer sus necesidades para vivir y el 33,8% está desempleado.
5. Las características clínicas observadas muestran que el 46,5% de los pacientes se encuentran en la fase 2 de su tratamiento del esquema I seguido del 42,3% quien sigue el esquema I por encontrarse en la primera fase de su tratamiento, en relación al tipo de TB, es que el 60% presenta el tipo de tuberculosis pulmonar, seguido del 22,5% con TBC Pleural y un 9,9% es multidrogoresistente.

6. Las variables sociodemográficas y clínicas que se encontraron relacionadas con la calidad de vida fueron la edad, (p:0.002), la situación laboral (p: 0.046), la situación económica (p:0.044) y la fase de tratamiento (p:0.042). Con respecto al tipo de tuberculosis y calidad de vida no existen diferencias de comportamiento cual nos conlleva a valorar más este variable para un futuro estudio.
7. Las variables que se relacionaron con el malestar psicológico fueron el estado civil (p: 0.036) y la fase de tratamiento (p:0.037)
8. Se encontró que el malestar psicológico influye en la calidad de vida de los pacientes con TBC y por ende puede ser un vehículo para mejores resultados en la calidad de vida.

SUGERENCIAS

Incrementar y mejorar las intervenciones del personal de salud, en relación a la información y apoyo psicosocial hacia las pacientes con tuberculosis.

Realizar charlas del personal médico acerca de la tuberculosis y su recuperación, y así mejorar la esfera mental, por consiguiente para así disminuir el grado de malestar psicológico y aumentar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso

Realizar talleres por los psicólogos para mejorar el grado de malestar psicológico en los pacientes con tuberculosis.

Seguimiento por el personal de salud al grupo vulnerable que tienen mala calidad de vida que son los varones menores de 29 años, desempleados y con mala situación económica y que están en el esquema I del tratamiento antituberculosos.

Como también el seguimiento de pacientes con mayor grado de malestar psicológico que son los solteros y que se encuentran en el esquema I del tratamiento antituberculoso.

Validación de un adecuado instrumento de medición para la detección temprana del grado del malestar psicológico y calidad de vida en el primer nivel de atención de salud en las personas afectadas por la tuberculosis, es una tarea que se debe de investigar en nuestro medio.

Bibliografía

1. OMS | Informe mundial sobre la tuberculosis [Internet]. WHO. [citado 17 de marzo de 2019]. Disponible en:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
2. OPS OMS | Tuberculosis | Presentaciones [Internet]. [citado 17 de marzo de 2019]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=5882&Itemid=40776&lang=es
3. DGE, PERU. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015 [Internet]. 2015 [citado 23 de junio de 2017]. Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204
4. Region de salud Tacna. Análisis de situación de salud Tacna. 2017 [Internet]. Disponible en:
http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_v02_2017.pdf
5. DGE, PERU. Vigilancia de Tuberculosis [Internet]. [citado 23 de junio de 2017]. Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358
6. Aguedo, N. Grado de malestar psicológico en pacientes con Tuberculosis de tres centros de salud de Lima, 2014. 2014 [citado 21 de mayo de 2017]; Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4004/3/Aguedo_a_s.pdf
7. Lee L-Y, Tung H-H, Chen S-C, Fu C-H. Perceived stigma and depression in initially diagnosed pulmonary tuberculosis patients. *J Clin Nurs*. 30 de marzo de 2017;
8. Kumar K, Kumar A, Chandra P, Kansal HM. A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis. *J Fam Med Prim Care*. 2016;5(1):150-3.
9. Chen X, Zhao Y, Xu Y, Zhang HW, Sun SH, Gao ZD, et al. [Analyzing the status of depression and anxiety of new registered tuberculosis outpatients and correlations with social support influence factors]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 13 de septiembre de 2016;96(34):2749-53.

10. Paulo BX, Peixoto B. Emotional distress patients with several types of tuberculosis. A pilot study with patients from the Sanatorium Hospital of Huambo. *Int J Mycobacteriology*. diciembre de 2016;5 Suppl 1:S58.
11. Doherty, A., Kelly, J., McDonald, C., O'Dywer, A. A review of the interplay between tuberculosis and mental health [Internet]. [citado 21 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834313000996>
12. Santos APC dos, Lazzari TK, Silva DR. Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis. *Tuberc Respir Dis*. 1 de enero de 2017;80(1):69-76.
13. Balcazar, L ., Ramirez, y., Rodriguez, M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev Espec Méd-Quirúrgicas*. 2015;20(2):135–143.
14. Torres, M. 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. 2002 [citado 21 de junio de 2017]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2725/1/Torres_um.pdf
15. Willy Rusbel Gomez Velasquez. Calidad de vida del paciente en tratamiento antituberculoso atendido en la microred metropolitana. Region de salud de Tacna.2011. [Estudio observacional, prospectivo. de cohorte transversal.]. [Tacna - Peru]: Universidad Privada de Tacna; 2012.
16. Pichardo MAS, de León Miranda MÁ, Reyes VR. Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. 2009 [citado 23 de junio de 2017]; Disponible en: <http://alternativas.me/numeros/15-numero-28-febrero-julio-2013/31-4-malestar-psicologico-en-pacientes-de-un-centro-de-apoyo-psicologico-privado>
17. Brenlla ME, Aranguren M. Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Rev Psicol [Internet]*. 2010 [citado 23 de junio de 2017];28(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3378/337829515005/>
18. Arenosa GL de, Quismondo LL, Calero CG, Jusdado PH. Protocolo diagnóstico del paciente depresivo. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 1 de septiembre de 2015;11(85):5098-102.

19. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicológica*. abril de 2012;30(1):61-71.
20. Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pac J Public Health*. marzo de 2015;27(2):NP2372-2380.

ANEXO

Encuesta

PRIMERA SECCION: DATOS PERSONALES.

1.1.- Edad: ____

1.2.- Sexo: ____

- marque en un círculo su respuesta por favor

1.3.- Estado civil:

- a) soltero
- b) casado
- c) viudo
- d) divorciado/separado
- e) conviviente

1.4.- Situación laboral:

- a) Empleado
- b) Desempleado
- c) Dueño de casa
- d) Con licencia medica
- e) Jubilado

1.5.- Situación económica:

- a) Buena (satisface sus necesidades)
- b) Regular (satisface parcialmente sus necesidades)
- c) Mala (no satisface sus necesidades)

1.6.- Grado de estudios

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

1.7.- En qué fase de tratamiento antituberculoso se encuentra:

- a) Durante la fase 1 del esquema I
- b) Durante la fase 2 del esquema I y
- c) Es un paciente con un esquema que requiere de medicación diaria por más de 2 meses.

1.8.- Tipo de tuberculosis que tiene:

- a) Pulmonar
- b) Extrapulmonar
- c) Pleural
- d) MDR (multidrogo resistente)
- e) XDR (extremadamente resistente)

SEGUNDA SECCION: “Test de kessler-10 para medir el grado de malestar psicológico”

- Marque con un aspa(x) la respuesta que mejor le parezca.

EN EL ULTIMO MES	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?					
¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?					
¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?					
¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?					

TERCERA SECCION: “Cuestionario sf-36 para la medición de calidad de vida en salud”.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más ?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

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

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

1. Sí
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

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

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

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. No, ninguno | 6. Sí, muchísimo |
| 2. Sí, muy poco | |
| 3. Sí, un poco | |
| 4. Sí, moderado | |
| 5. Sí, mucho | |

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

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

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

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

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

1. Siempre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Nunca

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

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

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

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

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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