

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO ATENDIDO EN LA MICRORED METROPOLITANA.
REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2011.”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:

BACH. WILLY RUSBEL GÓMEZ VELÁSQUEZ

Tacna - Perú

2012

DEDICO LA PRESENTE TESIS:

*A Dios, que me da la oportunidad de vivir y las fuerzas necesarias para
alcanzar mis objetivos.*

*A mis padres Nicanor y Elsa, por darme la vida, creer en mí, darme una
profesión y brindarme su apoyo y amor incondicional.*

*A mis hermanas, Elsy y Lizbeth, por llenarme de alegría día a día y por
todo el amor que les tengo y el que ellos siempre me demuestran.*

*A mis sobrinos, primos, tíos, abuelos, porque con sus buenos pensamientos
y deseos, me impulsan a ser cada día mejor.*

Con todo mi cariño...

Willy Rusbel Gómez Velásquez.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos mis docentes y a la vez maestros, por el empeño, la paciencia y la confianza que, durante todos los años de estudio, en mí han puesto.

Así mismo agradezco a mis amigos y compañeros de estudio, por hacer más grata, de lo que de por sí ya era, mi permanencia en la Universidad.

Finalmente, me gustaría expresar mi gratitud a todo el personal de apoyo y administrativo de la Universidad Privada de Tacna, que en muchos momentos de mi estancia, me tendieron gustosamente una mano de ayuda.

Willy Rusbel Gómez Velásquez.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado de salud y percepción de calidad de vida en los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011. **Metodología:** Estudio observacional, prospectivo, de cohorte transversal, en el campo de la salud pública. Se consideró el 100% de los pacientes, con edades de 14 años a más, de ambos sexos y que tengan un tiempo de residencia en el ámbito de estudio mayor o igual a 2 años, a las cuales se les 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 el grupo etáreo de 41 a 59 años; que el porcentaje de personas solteras era 63.8%; la ocupación más frecuente, estudiantes, con un 21.3%; la mayor parte procedía de Tacna (60.6%) y el 57.4% solo había recibido instrucción hasta secundaria. Las esferas y componentes de salud obtuvieron las siguientes puntuaciones: función física (61,43), dolor corporal (59,77), salud mental (52,24), vitalidad (37,63), función social (30,98), salud general (27,94), rol emocional (11,17), 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 etáreo de 14 a 25 años, es el que 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. Consideramos a los estudiantes, los comerciantes y los empleados como los grupos poblacionales que presentan más comprometidas sus esferas de salud.

Palabras clave: Cuestionario de salud SF-36, estado de salud, calidad de vida relacionada a la salud.

INDICE

INTRODUCCIÓN	06
CAPITULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	07
1.1 Fundamentación del Problema	08
1.2 Formulación del Problema	10
1.3 Objetivos	10
1.3.1. Objetivo General	10
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4 Justificación	11
1.5 Definición de términos	12
CAPITULO II	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	13
2.1 Antecedentes de la investigación	14
2.2 Marco teórico	20
CAPITULO III	
VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	42
3.1 Hipótesis	43
3.2 Operacionalización de las variables	43
CAPITULO IV	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
4.1 Tipo de investigación	45
4.2 Diseño de investigación	45
4.3 Población y muestra.	45
4.3.1 Criterios de Inclusión	45
4.3.2 Criterios de Exclusión	45
4.4 Instrumentos de Recolección de datos.	47
4.5 procedimientos de análisis de datos	48
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	78

INTRODUCCION

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar.

El desarrollo de una enfermedad como TBC pulmonar altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto “calidad de vida” es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario. Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuo con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformo en la preocupación por la experiencia de sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud. (1)

El Cuestionario de Salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Durante estos últimos años se ha visto un interés cada vez más creciente por la medición del estado de salud de las personas, así como por medir la calidad de vida relacionada a la salud. Paralelamente, se aprecia un incremento considerable en la cantidad de estudios que tratan este tema, así como el aumento en el número de instrumentos que para este fin se usan, tales como PECVEC, EuroQol, COOP-WONCA, Cuestionario de Rotterdam, Cuestionario de Salud SF-36, entre otros; creados en diferentes países y adaptados a múltiples idiomas, entre ellos al español, han sido sometidos por grupos de expertos para su traducción y validación.

El riesgo de contraer la tuberculosis aumenta con el contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad, por condiciones de vida insalubres o de hacinamiento, una dieta pobre y la aparición de cepas resistentes a las drogas antituberculosas. La tuberculosis pulmonar tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que, de no emprenderse medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos se habrá elevado a 10 millones. En América del Sur, el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en Brasil y Perú. En 1999, con una incidencia estimada de 228 por 100 000 habitantes, Perú era uno de los 23 países del mundo en que se concentraban 80% de los casos nuevos de tuberculosis. A pesar de que la

población del país representa apenas 3% de la población del continente americano, para esa fecha Perú reunía 15% de los casos de tuberculosis registrados en este territorio.

La baja escolaridad, la incertidumbre de si se logrará la cura al final del tratamiento y la falta de apoyo familiar, aunadas a la imposibilidad de faltar al trabajo para acudir a la consulta terapéutica y de cumplir con el horario impuesto por el centro de salud, son factores que pueden influir negativamente en la continuidad del régimen específico. (2)

Es fundamental que los servicios de salud ofrezcan gratuitamente los medicamentos, realicen el seguimiento por medio de visitas domiciliarias periódicas y brinden al paciente información adecuada y suficiente acerca de la enfermedad y el tratamiento, además del soporte psico afectivo necesario para lograr resultados exitosos.

El presente estudio ayudara a mejorar la calidad de atención de las personas que reciben tratamiento antituberculoso, al identificar los factores que condicionan la percepción sobre su estado de salud. Así también servirá al recurso humano en salud y al sistema sanitario local brindándole la visión del paciente sobre su proceso patológico, permitiéndoles establecer medidas para un adecuado control y atención en estas personas.

1.2. **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Para el presente estudio de investigación, se ha formulado la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción de calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna durante el año 2011?

1.3. **OBJETIVO**

1.3.1 **Objetivo General**

Determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011.

1.3.2. **Objetivos Específicos**

1. Determinar la percepción de cada una de las esferas de salud comprendidas en el cuestionario SF 36, en los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011.
2. Determinar la asociación existente entre las esferas de salud comprendidas en el cuestionario SF 36, tratamiento y características socio-demográficas, en los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011.

1.4. **JUSTIFICACIÓN**

El tratamiento farmacológico contra la tuberculosis pulmonar puede generar reacciones desfavorables en los pacientes.

En el presente estudio, se seguirá a los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, midiendo la percepción de su salud, en relación a su enfermedad y al esquema terapéutico que reciben.

Este estudio servirá al recurso humano en salud y al sistema sanitario local brindándoles la visión del paciente sobre su proceso patológico, permitiéndoles establecer medidas para un adecuado control y atención en estas personas.

La calidad de atención de las personas que reciben tratamiento antituberculoso, podrá ser potenciada al identificar los factores que condicionan su percepción sobre el estado de salud.

1.5 Definición de términos básicos

- **Función Física:** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- **Dolor Corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- **Salud General:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- **Función Social:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional:** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Salud Mental:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

INTERNACIONALES:

Estefano Vinaccia. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. La siguiente investigación presenta los resultados de un estudio sobre la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de edad de ambos generos inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis de Metrosalud de Antioquia, Colombia. Para evaluar calidad de vida se utilizo el cuestionario SF 36 y el apoyo social funcional fue evaluado mediante el cuestionario DUKE-UNK. Indicando que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social. En general hubo alta fiabilidad en todo el estudio con un alfa de cronbach superior a .80. (1)

Liliana G. Cusmano. Estudio de los costos intangibles y de la participación del componente familiar en el costo social de la Tuberculosis. La tuberculosis (TBC) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Argentina tiene una elevada tasa de incidencia de 30 por cada 100.000 habitantes. Hay datos sobre los costos directos de la tuberculosis, pero poco se conoce sobre su costo social. OBJETIVOS: explorar la relación entre percepción de enfermedad y costos intangibles de la TBC y medir el impacto del componente hogareño en el

costo social de la TBC en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Métodos: estudio descriptivo cualitativo y cuantitativo de la pérdida de calidad de vida y del costo social sobre una muestra de 30 pacientes con diagnóstico reciente de TBC y residentes en el Partido de Quilmes y 30 controles sanos. Las variables medidas fueron: costos intangibles o de pérdida de calidad de vida medidos con la encuesta SF-36, costos indirectos o de oportunidad y costos directos por atención de enfermedad. Resultados: para la pérdida de calidad de vida, tanto en casos como en controles, el puntaje promedio fue de 39 puntos en los tópicos generales de salud física y salud mental (escala 0 a 100). (3)

Lafargue Mayo realizó una investigación descriptiva y transversal en una institución cerrada del municipio de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2008, para evaluar la calidad en el cumplimiento del Programa de Control de la Tuberculosis. Para ello se aplicó la metodología desarrollada por la Facultad de Salud Pública de Ciudad de La Habana. El estudio reveló que la competencia profesional de los médicos y enfermeras que laboraban en la ejecución del programa y el cumplimiento de los indicadores operacionales de este, eran inadecuados. Se tuvo en cuenta que existen importantes limitaciones de recursos materiales que no garantizan la estructura necesaria para el desarrollo exitoso de este programa, por lo que se recomienda analizar los resultados de la investigación con los decisores de la institución para solucionar estas dificultades, elaborar una estrategia de intervención que modifique las

deficiencias y diseñar proyectos de financiamiento externo que aseguren la tecnología de avanzada en la preparación del personal de salud.⁴

Curto evaluó bajo la perspectiva de los enfermos, las acciones de orientación para la comunidad y la participación comunitaria, realizadas en el control de la tuberculosis en servicios de salud de Ribeirao Preto, Sao Paulo. Se trata de una investigación de evaluación cuantitativa exploratoria que utilizó parte del Primary Care Assessment Tool, adaptado y validado para la atención a la tuberculosis, aplicado por medio de entrevista a 100 enfermos. Fueron utilizados indicadores del instrumento y el análisis de la variancia. Fueron identificadas: la realización de alianzas sociales para obtener el pote para recolección de esputo junto a la comunidad (5 %); la entrega del pote para recolección de esputo en la comunidad por los profesionales (6 %); y, la participación de la comunidad en la discusión del problema de la tuberculosis (5 %). Los servicios de salud con menor número de enfermos en tratamiento presentaron los mejores indicadores. Se concluye que las alianzas sociales, la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la comunidad y, la participación de la comunidad en el control de la tuberculosis son poco incorporadas por los servicios de salud.⁵

⁴ Lafargue Mayoz, Dina; Orozco González, María Iluminada; Toledano Grave de Peralta, Yanara; Campo Mulet, Ernestina del; Tablada del Risco, René. Calidad de la ejecución del Programa de Control de la Tuberculosis en una institución cerrada de Santiago de Cuba. *Medisan*;14(4), mayo-jun. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

⁵ Curto, Márcio; Scatena, Lúcia Marina; Andrade, Rubia Laine de Paula; Palha, Pedro Fredemir; Assis, Elisângela Gisele de; Scatolin, Beatriz Estuque; Villa, Tereza Cristina Scatena. Control de la tuberculosis: percepción de los enfermos sobre orientación a la comunidad y participación comunitaria. *Rev. latinoam. enferm*; Sept.-Oct. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Goldberg en su estudio propuso una aproximación etnográfica en torno a la incidencia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. El objetivo general de la investigación fue construir un conocimiento complejo de los procesos de salud/enfermedad/atención relacionados con la tuberculosis. A través de la metodología etnográfica adoptada, se indagó en los factores de riesgo ligados a sus modos de vida y de trabajo, así como en los itinerarios terapéuticos seguidos para diagnosticar y tratar la enfermedad, en el ámbito laboral, de la unidad doméstica y de los servicios públicos de salud. Se consideraron las voces de los distintos actores vinculados al fenómeno de estudio, analizadas articuladamente con la observación de sus prácticas. Dentro de los grupos más vulnerables a la tuberculosis, se pudo identificar al de inmigrantes bolivianos que trabajan en talleres textiles clandestinos del AMBA. Estos últimos funcionan como unidades productivas-habitacionales centrales de sus modos de vida y de trabajo, y por sus características constituyen espacios que posibilitan la emergencia de la tuberculosis, su contagio y su transmisión. **CONCLUSIONES:** debido a las condiciones de semiesclavitud en las que estos sujetos trabajan y viven, su derecho a la atención sanitaria se encuentra relativamente limitado.⁶

⁶ Goldberg, Alejandro. Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009. Rev. argent. salud publica;1(5):13-21, dic. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

Díaz Hernández estudió la alta incidencia de la tuberculosis en la República Bolivariana de Venezuela, considerando la disminución de esta enfermedad como una prioridad de la salud pública. Por ende, la reducción y el control de los factores de riesgo debe contribuir en este empeño. El estado Carabobo también presenta una alta tasa morbilidad por tuberculosis pulmonar y dentro del mismo el municipio Guacara. Se realizó una investigación hacia la identificación de los factores de riesgo asociados a la aparición de la tuberculosis pulmonar, con un diseño epidemiológico observacional, analítico, de tipo casos y controles, en el municipio mencionado, de enero 2004 a mayo 2007. El universo lo constituyó el total de los casos de tuberculosis diagnosticados en este período, y la muestra quedó conformada por 67 casos y 2 controles por casos: 134 controles, para un total de 201 personas encuestadas. Los factores de riesgo estudiados (variables independientes) se agruparon en: 1) antecedentes patológicos personales, 2) nivel socioeconómico, 3) y estilo de vida, 4) atención de salud. La información se obtuvo de una encuesta confeccionada por la autora. El procesamiento estadístico incluyó un análisis bivariado con enfoque de riesgo en tablas de contingencias y se calcularon para cada uno de los factores de riesgo el odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95 por ciento en el Programa Epi-Info. Posteriormente, se aplicó en el Programa SPSS la regresión logística como técnica de análisis multivariado, considerándose factores de riesgo definitivos: desnutrición, estado civil, malas condiciones de la vivienda,

bajo nivel de escolaridad, poca accesibilidad a la atención médica, y hábito de fumar.⁷

Clementino opina que la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública, reflejo de la mala distribución de atenciones y consecuente precariedad de las condiciones de vida. Estudio exploratorio, descriptivo y representacional en la perspectiva, que objetivó analizar las representaciones sociales de la tuberculosis por los usuarios de las unidades de salud de la familia del Municipio de Campina Grande-PB-Brasil, frente a la descentralización del control de la enfermedad. Los datos fueron colectados a través de entrevista semiestructurada, con 34 enfermos de tuberculosis sometidos al tratamiento en 2007 y 2008, y analizados por el software ALCESTE 4.5. Los resultados demostraron: estructura inadecuada de los servicios de salud; distancia para el centro de referencia (centro de salud); demora en la datación y resultados de los exámenes. Se concluye que las representaciones sociales apuntan presencia de barreras en la estructuración de los servicios de salud, repercutiendo en la accesibilidad organizacional, geográfica y económica.⁸

⁷ Díaz Hernández, Dra. Odalys; Torres Sánchez, Dr. Ernesto; Fernández Alfonso, Dra. Jana; Gómez Murcia, Dr. Pedro. Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Municipio Guacara. Estado Carabobo. Venezuela. Enero 2004 mayo 2007 Rev. medica electron;33(1):23-29, ene.-feb. 2011. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

⁸ Clementino, Francisco de Sales; Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. Accesibilidad: identificando obstáculos en la descentralización del control de la tuberculosis en las unidades de salud de la familia. Rev. enferm. UERJ;18(4):584-590, out.-dez. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

2.2. MARCO TEORICO

2.2. 1. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La interpretación de la salud como estado de ánimo se deriva de preguntas del estado (subjetivo) de salud. A pesar de la generalización del uso de la palabra auto-percepción, no existe una definición clara de su significado en la literatura científica, tampoco hay claridad de su concepto teórico. La auto-percepción se puede definir como el concepto que los individuos tienen de sí mismos: este concepto se traduce en información que procesan y organizan dentro de un contexto que proporciona la base de los principios para actuar en el presente y en el futuro.⁹

La autopercepción de la salud ha sido empleada en una amplia variedad de escenarios con distintos grupos de población y por un gran número de objetivos que van desde la detección de problemas de salud específicos a estudios diseñados para ayudar en la toma de decisiones de las personas en situación de crisis, como los estados depresivos¹⁰.

La versión de medición de la percepción de salud es propuesta por Bjorner et al.¹¹

⁹ Meléndez JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Geriatrka*. 1996; 12: 389-1996.

¹⁰ Griffiths P, Ullman R, Harris R. Self-assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. London: NCCSDO, 2005. Date available: 18 December 2006. <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/sdo302002.html>

¹¹ Bjorner JB, Tague SK, Orth-Gomér K, Gösta T, Sullivan M, Westerholm P. Self-rated health: a useful concept in research, prevention, and clinical medicine. Stockholm: Ord & Form AB; 1996.

2.2.2 Factores que determinan una adecuada percepción de salud.

2.2.2. 1. Las variables demográficas.

Diversas explicaciones han sido consideradas en que hay diferencias en el estado de salud, el bienestar y funcionalidad. Esto significa que la relación entre estado de salud y género está mediada por otros factores como el nivel educativo, las enfermedades y el estado funcional. En este caso, vale la pena mencionar que las mujeres reportan una mayor proporción de problemas de salud, además de presentar una mayor frecuencia de trastornos afectivos que los varones.

2.2.2.2. Variables biológicas.

La sensibilización previa de una enfermedad, en especial de las enfermedades crónicas, padecidas por la persona, puede afectar a la capacidad del individuo de percibir estados nuevos de enfermedad.¹²

La autopercepción de la salud está especialmente influenciada por la experiencia somática que genera la enfermedad. Se considera como experiencias somáticas a las manifestaciones físicas que las personas interpretan como enfermedad grave y que en consecuencia, modifican su estado de bienestar, por ejemplo, la fatiga o una sensación de disnea. El conocimiento de una potencialmente mortal enfermedad grave, como enfermedad coronaria o cáncer, pueden tener un mayor impacto en el

¹² Menéndez J, Guevara A, N Arcia, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades Crónicas y limitación funcional en Adultos Mayores: estudio comparativo en Siete Ciudades de América Latina y El Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005

individuo, a diferencia de conocimiento de una enfermedad que afecta la funcionalidad, pero no amenazan la vida como la artrosis o la hipertensión, puede dar lugar a modificaciones de las actividades o comportamientos y sobre todo un cambio en la salud sexual y reproductiva.¹³

La presencia de una enfermedad puede modificar la percepción de salud, al igual que el curso clínico. Algunas enfermedades, especialmente las relacionadas con los sistemas orgánicos, tales como insuficiencia cardiaca congestiva, tienen períodos de estabilidad clínica, pero también pueden ser intercalados con períodos de exacerbación. De este modo, representa un juicio complejo formado por el individuo en un momento dado de la gravedad de la situación actual de la salud, ya que el curso de una enfermedad puede ser modificado por el tiempo.

2.2.2.3. La variable mental.

Una de las razones de la asociación del auto-concepto y su relación con la edad suponga un problema, es la percepción por parte de paciente de su estado psíquico. De hecho, la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. La prevalencia de depresión mayor se ha descrito en el 1% al 5% y una frecuencia de 8% a 27% para los síntomas significativos leves de depresión en las que vive una población¹⁴. La prevalencia es mayor en pacientes ancianos hospitalizados, y en los hogares de ancianos.

¹³ Leventhal H, M Diefenbach, Leventhal EA. Cognición enfermedad: usar el sentido común para entender la adherencia al tratamiento y afectan a las interacciones cognición. Cogn No Res. 1992

¹⁴ Ocampo JM, N Romero, HA Saa, JA Herrera, Reyes-Ortiz CA. Prevalencia de las Prácticas Religiosas, disfunción familiar, social, Soporte y síntomas depresivos en Adultos Mayores. Cali, Colombia 2001. Colomb Med. 2006

Con frecuencia, la depresión surge en forma atípica y no cumple los criterios clínicos de depresión mayor. Estos síndromes incompletos se denominan depresión menor o depresión subsíndrome de acuerdo con el manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y tienen la misma repercusión, en términos de morbilidad y mortalidad, como la depresión mayor¹⁵.

2.2.2.4. Variables funcionales.

Se sugiere que muchas enfermedades crónicas tienen efectos directos sobre la salud mental, independientemente de la presencia de discapacidad o limitación funcional. Lammi et al. ¹⁶ Llegó a la conclusión de que, en contraste con el estudio de Framingham, las enfermedades y sus síntomas, por sí mismos son fuertes predictores de discapacidad.

Asimismo, existe la conciencia de la relación entre la co-morbilidad y deterioro funcional en las actividades físicas e instrumentales básicas diarias. De hecho, el estado funcional es un factor importante en la determinación de salud, lo que demuestra la complejidad de las múltiples interacciones existentes entre los diferentes factores que lo determinan.

Desde otro punto de vista, aunque el deterioro funcional y la presencia de la enfermedad crónica son factores importantes para la formación del concepto subjetivo de un estado de no bienestar el paciente con enfermedad crónica puede informar de una buena salud porque se acostumbró a su estado.

¹⁵Avretsky H, Kumar A. clínicamente significativa no la depresión mayor: los viejos conceptos, nuevas ideas. Am J Geriatr Psiquiatría 2002

¹⁶ Lammi Reino Unido, Kivela SL, Nissinen A. Predictores de la discapacidad en los hombres ancianos en Finalizar. Un estudio longitudinal. J Clin Epidemiol. 1989

Tal es el caso de la encuesta de salud realizada en 1990 en Ontario, donde se encontró que el 79% de las personas con enfermedades crónicas y el 50% de las personas con discapacidad a largo plazo informó buena o excelente salud¹⁷. Esto sugiere que a pesar de la presencia de enfermedad crónica o discapacidad, muchos pueden percibir su estado de salud como favorable.

2.2.3. COMPONENTES DE LA SALUD¹⁸.

1. Salud Física: Consiste en el buen funcionamiento fisiológico del organismo; es decir, cuando las funciones físicas se desarrollan de manera normal. La salud física nos conserva aptos y dispuestos físicamente para la actividad mecánica y el trabajo.

2. Salud Mental: Estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

2.2.4. ESTADO DE SALUD:

Es la situación en la que se encuentra la salud de cualquier individuo en un determinado momento de su vida.

Existen diversas formas de valorar el estado de salud de una persona. En términos generales, este puede ser evaluado de forma objetiva y de forma subjetiva; entendiéndose por forma objetiva al uso del examen físico y/o

¹⁷ Adley EM, Yoshida K, Webster G. Disablement and chronic health problems in Ontario. Ontario Health Survey 1990. Working Paper N° 5. Toronto: Ministry of Health; 1993

¹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Constitution Statement. WHO, OMS. Ginebra, 1946

exámenes auxiliares por parte del personal de salud; mientras que cuando hablamos de una evaluación subjetiva, nos referimos a la idea que tiene el individuo respecto a su estado de salud, es decir, cómo es que este percibe su salud, basado en el modo en que enfrenta las situaciones que se le presentan en su diario vivir.

2.2.5. DETERMINANTES DE LA SALUD:

Los determinantes de la salud son diversos factores que condicionan el estado de salud, ya sea de modo positivo o negativo. Existen determinantes de la salud, que pueden ser modificados por el propio individuo (actividad física, estilo de vida, nutrición, etc.), otros que pueden ser parcialmente modificados (medio ambiente, relaciones sociales, etc.) y aquellos que no podrán ser modificados por el individuo (biología humana, enfermedades psiquiátricas, etc.). Se consideran como determinantes de la salud, entre otros, a:

- Estilos de Vida
- Actividad Física
- Higiene
- Nutrición
- Biología Humana
- Hábitos Nocivos
- Medio Ambiente
- Relaciones Sociales
- Maltrato Psicológico
- Baja Autoestima

- Enfermedades Psiquiátricas
- Estrés
- Violencia

2.2.6. CALIDAD DE VIDA.-¹⁹

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

2.2.7. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD.-²⁰

La evaluación de calidad de vida relacionada a la salud representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar por parte de la persona.

Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

¹⁹ GÓMEZ MENGELBERG, Elisabeth. **Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS.** *TOG (A Coruña)*. 2009; 6(9): [10p.].

²⁰ SCHWARTZMANN, Laura. **Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales.** *Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21, 2003.*

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

2.2.8. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 ESPAÑOL.-

El cuestionario de salud SF-36 fue diseñado en Estados Unidos a principios de los noventa por Ware y col. (Ware y Sherbourne en 1992; Ware y col. en 1993), para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Posteriormente fue adaptado al idioma castellano, por Alonso y col. en 1995, para ser usado en España; siendo validada finalmente la versión 1.4 de este cuestionario en el año 1999.²¹

Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación

²¹ AROSTEGUI MADARIAGA, Inmaculada; NÚÑEZ-ANTÓN, Vicente. **Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36).** *Estadística Española*, Vol. 50, Núm. 167, 2008, págs. 147 a 192.

de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.²²

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación, el SF-36 y su versión reducida de 12 ítems, el SF-12, se han convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. Tras casi una década de experiencia de muchos investigadores españoles es necesario hacer un balance sobre las potencialidades y las realidades del cuestionario. En los párrafos se revisan el contenido del cuestionario, el proceso de su adaptación al español y las evidencias sobre sus características métricas. También se hace una valoración sobre las aplicaciones y las limitaciones detectadas, así como un resumen de los desarrollos novedosos del cuestionario que intentan superarlas.

A. *CONTENIDO DEL SF-36:*

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales

²² VILAGUT, Gemma; FERRER, Montse; RAJMIL, Luis; REBOLLO, Pablo; PERMANYER-MIRALDA, Gaietà; QUINTANA, José M.; SANTED, Rosalía; VALDERAS, José M; RIBERA, Aida; DOMINGO-SALVANY, Antonia; ALONSO, Jordi. **El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.** *GacSanit.* 2005; 19(2):135-50.

cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la "estándar" (4 semanas) y la "aguda" (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de 14 años a más de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.

B. DESARROLLO DE LAS VERSIONES ESPAÑOLAS DEL SF- 36:

La traducción al español del cuestionario ha sido descrita con detalle. Se siguió un protocolo común en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life Assessment (IQOLA). El cuestionario original desarrollado en Estados Unidos fue traducido al español por 2 personas bilingües cuya lengua materna era el español. Cada uno de ellos realizó una traducción independiente de los ítems del cuestionario y de las opciones de respuesta. Además, puntuaron la dificultad de traducción en

una escala de 0 (ninguna dificultad) a 100 (extremadamente difícil). Posteriormente, los traductores se reunieron con el investigador principal (J.A.) para acordar una traducción común, debatir las diferencias y documentar las posibles alternativas y las decisiones tomadas. La traducción consensuada se entregó a 2 evaluadores que puntuaron su calidad en una escala de 0 (totalmente inadecuada) a 100 (perfecta), según 3 criterios: claridad, utilización de lenguaje común y equivalencia conceptual. A partir de sus valoraciones se consensuó una traducción directa preliminar que se entregó a 2 nuevos traductores, cuya lengua materna era el inglés norteamericano. Éstos obtuvieron una nueva versión en inglés (traducción inversa), que fue comparada con la versión original para evaluar la equivalencia conceptual. Posteriormente, se realizó una reunión con los autores de las versiones ya disponibles en otros países en la que se trató de armonizar el contenido del cuestionario. Finalmente, se realizaron estudios piloto con diversos grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de administración del cuestionario.

Antes de producir la versión definitiva del cuestionario, se llevó a cabo un estudio empírico de calibración de sus opciones de respuesta, que demostró la ordinalidad de éstas, esto es, la validez de su ordenación o secuencia, y una gran equivalencia con la versión original americana.

Los investigadores del proyecto IQOLA se esforzaron por intentar mantener la comparabilidad de las diferentes versiones al adaptar culturalmente los ítems. Así, en el caso de actividades físicas regulares concretas, seleccionaron actividades culturalmente apropiadas que capturaran de forma adecuada el gasto global de energía involucrado en la actividad y, al mismo tiempo, representaran

la utilización de las mismas partes del cuerpo y pudieran llevarse a cabo indistintamente por mujeres y varones. Por ejemplo, la actividad de jugar al golf (ítem PF02) de la versión original se tradujo por ir en bicicleta en Italia y Holanda, caminar por el bosque o por jardines en Suiza, y caminar durante más de 1 hora en España.

Asimismo, hay una versión en catalán que fue desarrollada a partir de la española, mediante una doble traducción y consenso entre los traductores y el equipo investigador. También hay una versión en eusquera, obtenida siguiendo un método muy similar al descrito para la versión española, y que ha mostrado su factibilidad y validez.

C. DEFINICIÓN DE LAS ESCALAS:²³

- **Función Física:** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol Físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- **Dolor Corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- **Salud General:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

²³ SF-36.ORG. Cuestionario de Salud SF-36, Definiciones. Disponible en: <http://www.sf-36.org/>

- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- **Función Social:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- **Rol Emocional:** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Salud Mental:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

D. PUNTUACIÓN DE LAS ESCALAS:

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. La Tabla N°3 contiene el número de ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud) (Tabla N°3). En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión (tal como se detalla a continuación).

Los estudios de análisis factorial realizados en diferentes muestras americanas y sobre muestras representativas de la población general de 9 países europeos del proyecto IQOLA, demostraron que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente sumario física (PCS) y la mental (MCS). Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas sumario son:

- a) Estandarización de las 8 escalas del SF-36 con la media y la desviación estándar (DE) de la población general.
- b) Ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en un análisis de componentes principales.
- c) Agregación de las escalas y transformación para obtener una media de 50 y una DE de 10 en la población general.

Las puntuaciones de 0 a 100 de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de su

máximo y mínimo al mejor y al peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia.

Los investigadores del proyecto IQOLA evaluaron y compararon 2 maneras de calcular las puntuaciones sumario en otros países:

- a) Algoritmos de cálculo específicos para cada país.
- b) Algoritmos de cálculo estándar, derivados de la población general americana.

Se observó una concordancia muy elevada entre los 2 tipos de cálculo de las puntuaciones (correlaciones superiores a 0,98), por lo que se recomienda, en estudios nacionales, el uso de algoritmos de cálculo específicos que facilite la interpretación respecto a la población general del propio país y de los algoritmos de cálculo estándar en estudios internacionales, para permitir la comparación directa entre países. En ese caso, las puntuaciones sumario deberán interpretarse en relación con los valores obtenidos en la población general de Estados Unidos.

TABLA N°1. VALORES PARA CALIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

NÚMERO DE PREGUNTA	RESPUESTA ORIGINAL	VALOR
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Fuente: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional - Documento Técnico.

TABLA N°2. VALORES FINALES PARA CADA DIMENSIÓN

NIVEL DE ANALISIS	NÚMERO DE PREGUNTAS	PUNTAJE PROMEDIO DE LAS PREGUNTAS
Función Física	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol Físico	4	13,14,15,16
Dolor Corporal	2	21,22
Salud General	5	1,33,34,35,36
Vitalidad	4	23,27,29,31
Función Social	2	20,32
Rol Emocional	3	17,18,19
Salud Mental	5	24,25,26,28,30

Fuente: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional - Documento Técnico.

TABLA N°3. SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES DEL SF-36

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

Fuente: El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos

E. NUEVOS DESARROLLOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36:

➤ **Versión 2 del cuestionario SF-36:**

En 1996 se desarrolló la versión 2.0 del cuestionario original SF-36, con el principal objetivo de mejorar las características métricas de las 2 escalas: Rol emocional y Rol físico. Las mejoras en la versión 2.0 incluyeron: a) instrucciones y enunciados más sencillos para algunas de las preguntas; b) mejoras en la presentación de los ítems y las opciones de respuesta en la versión autoadministrada del cuestionario para facilitar su lectura y cumplimentación, y reducir así el número de respuestas faltantes; c) mayor comparabilidad en las diferentes traducciones y adaptaciones culturales del cuestionario; d) 5 opciones de respuesta en vez de opciones de respuesta dicotómicas en los ítems correspondientes a las escalas Rol físico y Rol emocional, y e) eliminación de una de las 6 opciones de respuesta («Muchas veces») para los ítems de Salud mental y Vitalidad. De forma similar a las medidas sumario PCS y MCS, las puntuaciones de la versión 2 utilizan algoritmos de puntuación basados en las normas poblacionales para las 8 escalas del SF-36 (media \pm DE, 50 \pm 10 para la población general). El programa de cálculo de las puntuaciones de la versión 2.0 también mejora la estimación de respuestas faltantes.

Actualmente ya se ha desarrollado la versión 2.0 de la familia de cuestionarios SF-36 en español, aunque por el momento no hay datos

sobre su validación y, sobre todo, no hay estudios comparativos con la versión 1.

➤ **Versiones reducidas: SF-12 y SF-8**

Aunque el cuestionario SF-36 puede ser cumplimentado en un período que oscila entre 5 y 10 min, en determinados contextos puede representar demasiado tiempo. La obtención de las 2 medidas sumario del SF-36 motivó el desarrollo de un cuestionario más corto que fuera capaz de reproducirlas con un número menor de ítems, el SF-12. Dado que éste podía ser autocontestado en una media de ≤ 2 min, se pretendía que su uso fuera dirigido a evaluar conceptos generales de salud física y mental en estudios en los que el SF-36 fuera demasiado largo.

El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental del SF-12 (PCS-12 y MCS-12, respectivamente). Los ítems del cuestionario SF-12 explicaron más del 90% de la varianza de los índices sumario físico y mental del SF-36 en Estados Unidos y el 91% en España.

Al igual que con las medidas sumario del SF-36, se compararon los algoritmos de cálculo específicos para cada país con los algoritmos estándares, y se comprobó que había muy poca diferencia en el hecho de usar un algoritmo u otro. Mientras que la utilización del algoritmo estándar (basado en la población americana) facilita la comparación entre

diferentes países, el algoritmo específico para el país permite la interpretación directa respecto de la población general del país en cuestión. El uso de uno u otro algoritmo debería quedar indicado explícitamente en las publicaciones resultantes.

Aunque el SF-12 conlleva una pérdida de la precisión en las puntuaciones con respecto al SF-36, para estudios de comparación de grupos numerosos, estas diferencias no son tan importantes dado que los intervalos de confianza de las medias de los grupos están muy determinados por el tamaño de la muestra. Así pues, el SF-12 ha demostrado ser una alternativa útil al SF-36 cuando se pretende medir la salud física y mental en general y el tamaño de muestra es elevado (500 individuos o más). Para estudios más pequeños o cuando se pretende estudiar una o más escalas del SF-36 por separado, es preferible utilizar el SF-36.

Recientemente ha sido desarrollado el cuestionario SF-8, una versión de 8 ítems del SF-36 que supone la última fase en la evolución de la familia de cuestionarios del SF-36. Contiene un único ítem para cada una de las escalas y permite el cálculo de un perfil de 8 escalas comparable al SF-36, y también de las 2 medidas sumario, la física y la mental. El SF-8 fue construido para sustituir al SF-36 y el SF-12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional. El desarrollo, la validación y las normas del nuevo SF-8 están documentados en el manual de referencia del cuestionario, del cual puede encontrarse más información en la página web del cuestionario.

➤ **Limitaciones del SF-36**

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante cuando se diseñan estudios en que los pacientes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud.

Se han descrito problemas para su aplicación en personas mayores, especialmente en ancianos hospitalizados (elevado porcentaje de pacientes que no contestan el cuestionario o dejan preguntas en blanco). En estudios con la versión española se han descrito problemas de cumplimentación, sobre todo en los grupos de edad avanzada, cuando se utilizó el formato de «matriz» para las opciones de respuesta. Por ello, para facilitar al máximo su cumplimentación, en estudios con muestras de individuos ancianos es aconsejable utilizar letra de mayor tamaño con las preguntas impresas, cada una seguida de sus opciones de respuesta correspondientes (es decir, sin formato «matriz»). Además, siempre que fuera posible se debería revisar la cumplimentación de los cuestionarios autoadministrados en presencia del paciente para evitar el problema de la no respuesta.

Finalmente, hay que señalar que todavía no disponemos de valores de referencia para las 2 escalas de rol de la versión 2 del SF-36. Sin embargo, teniendo en cuenta las ventajas que supone respecto a la versión 1 y la similitud entre las 2 versiones americanas para dichas

puntuaciones medias en la población general, resulta razonable asumir que las obtenidas en la población española con la versión 1 son el mejor estimador de que disponemos, y utilizarlas también como valores de referencia para la versión 2 española. Tampoco hay estudios españoles que hayan estimado la mínima diferencia importante (MID), que se utiliza para el cálculo del tamaño de muestra en estudios de evaluación de tratamientos.

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis.

3.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad	Grupo Etéreo	1. 14 - 25 años. 2. 26 - 40 años. 3. 41 - 59 años. 4. 60 años a mas.	Intervalo
Sexo	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Estado Civil	Estado Civil del usuario	1. Soltero 2. Conviviente 3. Casado 4. Viudo 5. Divorciado	Nominal
Ocupación	actividad económica principal del usuario	1. Ama de Casa 2. Comerciante 3. Estudiante 4. Empleado 5. Profesor 6. Agricultor 7. Conductor 8. Constructor 9. Obrero 10. Técnico 11. Ingeniero 12. Mecánico 13. Electricista 14. Empresario 15. Panadero 16. Artesano 17. Enfermera 18. Estilista	Nominal

		19. Granjero 20. Jubilado 21. Desempleado	
Procedencia	Región	1. Tacna 2. Puno 3. Arequipa 4. Lima 5. Ancash 6. Moquegua 7. Chiclayo 8. Cusco 9. Ica 10. Tumbes	Nominal
Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
Estado de Salud	Componente Físico	1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General	Ordinal
	Componente Mental	1. Vitalidad 2. Función Social 3. Rol Emocional 4. Salud Mental	Ordinal
Fase de Tratamiento	Fase de tratamiento	1. Fase I 2. Fase II	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, en el campo de la salud pública.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio analítico, no experimental exploratorio

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION: Se consideró al total de los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna, 2011, según los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes en tratamiento en cualquiera de los esquemas antituberculosos.
- Pacientes mayores de 14 años.
- Toda persona que tenga un tiempo de residencia en el ámbito de estudio mayor o igual a dos años.
- Pacientes atendidos en los Centros de Salud de la Microred Metropolitana del MINSA.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con patologías concomitantes como SIDA, Diabetes, Lupus.
- Pacientes con fase activa en las primeras dos semanas de diagnóstico de tuberculosis y BK Positivos.

NÚMERO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
ATENDIDOS POR ESTABLECIMIENTO EN LA MICRORRED
METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2011 - 2012.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NUMERO DE PACIENTES
C.S. BOLOGNESI	17
C.S. LA NATIVIDAD	18
C.S. LEONCIO PRADO	24
C.S. AUGUSTO B. LEGUIA	21
C.S. METROPOLITANO	17
P.S. HABITAT	02
P.S. JESUS MARIA	07
P.S. RAMON COPAJA	11
TOTAL	117

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento que proporciona información acerca del estado de salud y calidad de vida relacionada a la salud, a través de la medición de la percepción de cada una de sus ocho esferas y sus dos componentes. Este es aplicable tanto a pacientes como a la población general, motivo por el cual será usado para medir el estado de salud de nuestra población en estudio.

Ver Cuestionario de Salud SF-36 en anexos.²⁴

²⁴ ALONSO, Jordi. *Cuestionario de Salud SF-36 - Versión Española. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Barcelona - España*

4.5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del estudio se utilizó los siguientes programas:

- Microsoft Office - Word: Procesador de texto.
- Microsoft Office - Excel: Captura de base de datos, diseño de tablas y gráficos.
- SPSS V15.0: Análisis estadístico de base de datos, se creó tablas y gráficos.
- SF-36 V2.0: Calificación de Cuestionario de Salud SF-36.

Para el procesamiento de los datos obtenidos, se procedió a revisar cada uno de los instrumentos de recolección de datos (Cuestionario de Salud SF-36), evaluando el llenado completo y entendible del mismo, se creó una base de datos digital en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office - Excel, de donde se realizó el control de calidad.

Para el análisis estadístico de la base de datos se utilizó el programa SPSS V15.0, mediante el cual se etiquetó cada una de las variables y se agregaron los distintos valores para cada una de las mismas. Posteriormente se procedió a calificar el instrumento (Cuestionario de Salud SF-36) mediante el programa SF-36 V2.0.

Para la presentación de los resultados obtenidos, se elaboró tablas de frecuencias y tablas de contingencia con valores absolutos y relativos, así como gráficos de barras de error, según las variables descritas. Finalmente, los resultados son presentarán en el programa Microsoft Office – Word

Calificación del Cuestionario de Salud SF-36:

Como parte del procedimiento de análisis de datos, en nuestro estudio hicimos uso del programa SF-36 V2.0, con el fin de ejercer una calificación más rápida y exacta de cada uno de los instrumentos (Cuestionario de Salud SF-36); basados en el tamaño de nuestra muestra poblacional.

Se realizaron paralelamente, mediciones de calificación del instrumento por parte del investigador, basado en las siguientes pautas

TABLA Nº1. VALORES PARA CALIFICACIÓN DE LA ENCUESTA

NÚMERO DE PREGUNTA	RESPUESTA ORIGINAL	VALOR
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Fuente: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional - Documento Técnico.

TABLA Nº2. VALORES FINALES PARA CADA DIMENSIÓN

NIVEL DE ANALISIS	NÚMERO DE PREGUNTAS	PUNTAJE PROMEDIO DE LAS PREGUNTAS
Función Física	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol Físico	4	13,14,15,16
Dolor Corporal	2	21,22
Salud General	5	1,33,34,35,36
Vitalidad	4	23,27,29,31
Función Social	2	20,32
Rol Emocional	3	17,18,19
Salud Mental	5	24,25,26,28,30

Fuente: Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional - Documento Técnico.

TABLA Nº3. SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES DEL SF-36

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

Fuente: El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.

Todas las preguntas tienen una puntuación del 0 al 100, representando 100 el máximo valor de funcionamiento posible. El puntaje final para cada nivel es el promedio obtenido del total de preguntas correspondiente a cada nivel de análisis como se observa en la Tabla N°2.

Cada una de las 8 dimensiones se midió en forma independiente, de tal manera que para cada una de las dimensiones (Ejemplo: dolor, funcionamiento físico, etc.) se tuvo un puntaje independiente. Por ejemplo, si se quiere medir en las personas el nivel de Energía/Fatiga percibida, se debe promediar las respuestas de las preguntas 23,27, 29 y 31, tomando los puntajes señalados para cada respuesta.

Si la respuesta 4 de la preg. 23 tiene un puntaje de 40, la respuesta 3 de la preg. 27 tiene un puntaje de 60 y la respuesta 3 de la preg. 29 tiene un valor de 40 y la pregunta 31 no es contestada (en blanco). El promedio para este nivel es $40+60+40=140$. (No se considera la respuesta en blanco) Ahora se divide entre 3 y el total es 46.7. Si 100 representa el total máximo de energía percibida, un valor bajo de 46.7, representa la percepción de un importante compromiso o alteración en este nivel.²

RESULTADOS

TABLA N° 01: ENCUESTAS APLICADAS A PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2011

DESCRIPCION	NUMERO	OBSERVACIONES
NO SE APLICARON POR EDAD	08	01 de 92 años, 01 de 90 años, 01 de 80 años y 05 de 14 años.
NO SE APLICARON POR ABANDONO	13	Son pacientes que abandonaron su tratamiento.
RECHAZARON LA ENCUESTA	02	No se aplicó la encuesta
APLICACIÓN EFECTIVA	94	
TOTAL	117	

Del total de pacientes en tratamiento antituberculoso en la Microred Metropolitana de la región de salud Tacna, durante el año 2011, respondieron la encuesta 94 (80,34%). Las razones de no responder a la encuesta se encuentran detalladas en la tabla 1, siendo la principal, el abandono del tratamiento con 11,11%, seguido por los pacientes con dificultad para contestar el cuestionario (6.84%)

TABLA N° 02: GRUPO ETÁREO, SEXO, ESTADO CIVIL, PROCEDENCIA Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		n	%
Grupo Etéreo	14 - 25	31	33,0%
	26 - 40	22	23,4%
	41 - 59	32	34,0%
	> 60	9	9,6%
	Total	94	100,0%
Sexo	Femenino	32	34,0%
	Masculino	62	66,0%
	Total	94	100,0%
Estado Civil	soltero(a)	60	63,8%
	viudo(a)	3	3,2%
	conviviente	29	30,9%
	divorciado(a)	2	2,1%
	Total	94	100,0%
Procedencia	Tacna	57	60,6%
	Arequipa	5	5,3%
	Puno	18	19,1%
	Cuzco	3	3,2%
	Ica	2	2,1%
	Chiclayo	1	1,1%
	Moquegua	7	7,4%
	Lima	1	1,1%
Total	94	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	1,1%
	Primaria	11	11,7%
	Secundaria	54	57,4%
	Superior	28	29,8%
	Total	94	100,0%

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

En la tabla N° 02 se observa que el 34% representa a los pacientes encuestados cuyas edades están comprendidos entre 41 a 59 años seguida de los pacientes de 14 a 25 años con un 33%. Se evidencia predominio del sexo masculino (66%) sobre el femenino (34%). De las cuales 63,8% son solteros, seguido de un 30,9% que representa a los convivientes. Un 60,6% proceden de Tacna, seguido por Puno con 19,1%. Así mismo se puede ver que el resto de los pacientes proceden de diversas partes del país, con grado de instrucción secundaria que representa el 57,4% seguido de un 29,8% con grado de instrucción superior. Debemos resaltar que la población que no cuenta con algún grado de instrucción corresponde al 1,1% del total.

***TABLA N° 03: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE
TACNA EN EL AÑO 2011***

		n	%
Ocupación	Ama de casa	8	8,5%
	Comerciante	15	16,0%
	Empleado(a)	15	16,0%
	Estudiante	20	21,3%
	Desempleado(a)	9	9,6%
	Profesor	2	2,1%
	Agricultor	5	5,3%
	Conductor	2	2,1%
	Obrero	3	3,2%
	Técnico(a)	5	5,3%
	Ingeniero	3	3,2%
	Mecánico	4	4,3%
	Estilista	1	1,1%
	Jubilado	2	2,1%
	Total	94	100,0%

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 03 nos muestra la distribución de la población según ocupación. Los pacientes cuya ocupación son estudiantes, corresponde a un 21.3%, seguida de aquellos pacientes con ocupaciones de comerciante y empleado, con porcentajes de 16% para cada una de ellas. Es importante destacar que el resto de los pacientes cuentan con diversas ocupaciones que van desde 9 hasta 1 persona.

TABLA N° 04: FASE DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		n	%
fase de tratamiento	Primera fase	44	46,8%
	Segunda fase	50	53,2%
	Total	94	100,0%

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

En la tabla N° 04 se detalla la distribución de los pacientes según fase de tratamiento, donde se evidencia la mayor proporción de los pacientes se encuentra en la 2da fase de tratamiento con un 53,2%, y con un 46,8% en la 1ra fase de tratamiento.

**TABLA N° 05: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESFERAS PERCIBIDAS POR
LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED
METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011**

Estadísticos descriptivos		
	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	61,4362	23,73263
ROL FISICO (0-100)	8,4441	10,51862
DOLOR CORPORAL (0-100)	59,7766	31,34379
SALUD GENERAL (0-100)	27,9468	12,83591
VITALIDAD (0-100)	37,6330	20,05911
FUNCION SOCIAL (0-100)	30,9840	26,73601
ROL EMOCIONAL (0-100)	11,1702	10,26480
SALUD MENTAL (0-100)	52,2473	16,49941
TOTAL ENCUESTA	36,2048	14,0695

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

En la tabla N° 05 se evidencia la media del total en un valor de 36.20, así como las medias de cada una de las esferas de la encuesta SF 36, halladas en la población estudiada, independientemente una de la otra, cuyo rango de variabilidad va desde un valor de 0 para la peor percepción, hasta 100 para la mejor. El valor medio mayor corresponde al de la función física, con 61.43; seguido por dolor corporal, con 59.77 y salud mental, con 52.24. Las medias más bajas corresponden a rol emocional, con 11.17 y el rol físico, con 8.44.

TABLA N° 06: PERCEPCIÓN DE LAS ESFERAS DE SALUD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		n	%
DOLOR CORPORAL	PERCIBE DOLOR	49	52,1%
	NO PERCIBE DOLOR	45	47,9%
	Total	94	100,0%
ROL FISICO	DIFICULTA	67	71,3%
	NO DIFICULTA	27	28,7%
	Total	94	100,0%
SALUD EN GENERAL	MALA	39	41,5%
	BUENA	55	58,5%
	Total	94	100,0%
FUNCION FISICA	NO LIMITADA	94	100,0%
	LIMITADA	0	0,0%
	Total	94	100,0%
VITALIDAD	NORMAL	29	30,9%
	DISMINUIDA	65	69,1%
	Total	94	100,0%
FUNCION SOCIAL	NO COMPROMETIDA	26	27,7%
	COMPROMETIDA	68	72,3%
	Total	94	100,0%
ROL EMOCIONAL	NO DEPRIMIDO	3	3,2%
	DEPRIMIDO	91	96,8%
	Total	94	100,0%
SALUD MENTAL	INESTABLE	7	7,4%
	ESTABLE	87	92,6%
	Total	94	100,0%

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

En la tabla N° 06 se observa todas las esferas de salud, dentro de las cuales los pacientes que no perciben dificultades en la función física representa el 100%, seguida del 71,3% que presenta dificultad con el rol físico; el 96,8% percibe dificultad con el rol emocional y el 92,6% perciben estabilidad en la esfera de salud mental.

TABLA N° 07: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD ROL FISICO, SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		ROL FISICO						p:
		DIFICULTA		NO DIFICULTA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	14 - 25	10	32,3%	21	67,7%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	
	41 - 59	31	96,9%	1	3,1%	32	100,0%	
	> 60	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	37	61,7%	23	38,3%	60	100,0%	0,049
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	25	86,2%	4	13,8%	29	100,0%	
	divorciado(a)	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0,002
	Comerciante	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	
	Empleado(a)	10	66,7%	5	33,3%	15	100,0%	
	Estudiante	6	30,0%	14	70,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Agricultor	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
	Conductor	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Obrero	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Técnico(a)	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Mecánico	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Jubilado	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 07 representa la distribución de la percepción de las variables grupo etéreo, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esferas de salud rol físico. Basado en esto podemos afirmar que la relación del grupo etéreo con el rol físico muestra asociación con valor p: 0,000, mostrando que el 100% de pacientes mayores de 60 años presenta dificultad en el rol físico; el 67,7% de los encuestados comprendidos en las edades de 14 a 25 años no percibe dificultad en el rol físico, La variable ocupación muestra asociación con valor p: 0,002.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa

TABLA N° 08: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD DOLOR CORPORAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		DOLOR CORPORAL						p:
		PERCIBE DOLOR		NO PERCIBE DOLOR		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	3	9,7%	28	90,3%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	7	31,8%	15	68,2%	22	100,0%	
	41 - 59	30	93,8%	2	6,3%	32	100,0%	
	> 60	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	22	36,7%	38	63,3%	60	100,0%	0,001
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	22	75,9%	7	24,1%	29	100,0%	
	divorciado(a)	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0.002
	Comerciante	12	80,0%	3	20,0%	15	100,0%	
	Empleado(a)	7	46,7%	8	53,3%	15	100,0%	
	Estudiante	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	3	33,3%	6	66,7%	9	100,0%	
	Profesor	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Agricultor	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	Conductor	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Obrero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Técnico(a)	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Mecánico	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%		

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 08 representa la distribución de la percepción de las variables grupo etáreo, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera de salud dolor corporal. Basado en esto podemos observar que el grupo etáreo muestra asociación con el dolor corporal con valor p: 0,000, evidenciando que el 100% de pacientes mayores de 60 años presentan dificultad con el dolor corporal; los pacientes comprendidos entre las edades de 14 a 25 años no perciben dificultad con el dolor corporal en el 90.3% de los casos; la

variable estado civil muestra asociación con la esfera de dolor corporal con un valor p: 0,001.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

TABLA N° 09: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD (SALUD GENERAL) SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORRED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		SALUD GENERAL						p:
		MALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
fase de tratamiento	Primera fase	29	65,9%	15	34,1%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	10	20,0%	40	80,0%	50	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 09 representa la distribución de la percepción de las variables grupo étnico, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera de salud general. Basado en esto podemos observar que la fase de tratamiento muestra asociación con la salud general con valor p: 0,000 evidenciando que en el 65.9% la salud es mala durante la 1ra fase de tratamiento y en el 80% la salud es buena durante la 2da fase de tratamiento.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

TABLA N° 10: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD VITALIDAD SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		VITALIDAD						p:
		NORMAL		DISMINUIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	14 - 25	9	29,0%	22	71,0%	31	100,0%	0,001
	26 - 40	4	18,2%	18	81,8%	22	100,0%	
	41 - 59	8	25,0%	24	75,0%	32	100,0%	
	> 60	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	16	50,0%	16	50,0%	32	100,0%	0,004
	Masculino	13	21,0%	49	79,0%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	22	36,7%	38	63,3%	60	100,0%	0,006
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	4	13,8%	25	86,2%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0,005
	Comerciante	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	1	6,7%	14	93,3%	15	100,0%	
	Estudiante	6	30,0%	14	70,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%		
fase de tratamiento	Primera fase	24	54,5%	20	45,5%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	5	10,0%	45	90,0%	50	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 10 representa la distribución de la percepción de las variables grupo etéreo, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera de salud vitalidad. Basado en esto podemos observar que la fase de tratamiento muestra asociación con la esfera de salud vitalidad con valor p: 0,000 evidenciando que el 54.5% no perciben dificultad con la esfera de salud vitalidad durante la 1ra fase de tratamiento, el 90% percibe disminuida la esfera de salud vitalidad durante la 2da fase de tratamiento, seguidos de las

variables grupo etáreo que muestran asociación con valores p: 0,001 y ocupación con p: 0,005.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

TABLA N° 11: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD FUNCIÓN SOCIAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		FUNCION SOCIAL						p:
		NO COMPROMETIDA		COMPROMETIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	8	25,8%	23	74,2%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	3	13,6%	19	86,4%	22	100,0%	
	41 - 59	7	21,9%	25	78,1%	32	100,0%	
	> 60	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	15	46,9%	17	53,1%	32	100,0%	0,003
	Masculino	11	17,7%	51	82,3%	62	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%	0,024
	Comerciante	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	1	6,7%	14	93,3%	15	100,0%	
	Estudiante	5	25,0%	15	75,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%		
Jubilado	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%		
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,046
	Primaria	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%	
	Secundaria	14	25,9%	40	74,1%	54	100,0%	
	Superior	5	17,9%	23	82,1%	28	100,0%	
	Total	26	27,7%	68	72,3%	94	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	4	8,0%	46	92,0%	50	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36

La tabla N° 11 representa la distribución de la percepción de las variables grupo étnico, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera de salud función social. Basado en esto podemos observar que el grupo étnico y fase de tratamiento muestran asociación con la función social con valor p: 0,000 en ambas variables, evidenciando que el 88.9% de pacientes mayores de 60 años no perciben dificultad con la función social, el 86.4% de pacientes entre las edades de 26 a 40 años perciben comprometido la función social; por otro lado los pacientes en 1ra fase de tratamiento no percibe dificultad con la función social en el 50%, frente a un 92% de los que perciben comprometido en la segunda fase de tratamiento; la variable sexo muestra asociación con un valor p: 0,003, con el 82.3% de los varones con percepción comprometido en esta esfera.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

TABLA N° 12: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD ROL EMOCIONAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		ROL EMOCIONAL						p:
		NO DEPRIMIDO		DEPRIMIDO		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Estado Civil	soltero(a)	2	3,3%	58	96,7%	60	100,0%	0,02
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	conviviente	0	0,0%	29	100,0%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,000
	Primaria	0	0,0%	11	100,0%	11	100,0%	
	Secundaria	1	1,9%	53	98,1%	54	100,0%	
	Superior	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 12 representa la distribución de la percepción de las variables grupo étnico, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera de salud rol emocional. Basado en esto podemos observar que el grado de instrucción muestra asociación con el rol emocional con valor p: 0,000, evidenciando que el 100% que no cuentan con grado de instrucción no perciben dificultad en el rol emocional y el 100% con grado de instrucción primaria perciben dificultad en el rol emocional; la variable estado civil muestra asociación con valor p: 0,02.

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

TABLA N° 13: PERCEPCIÓN DE LA ESFERA DE SALUD (SALUD MENTAL) SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		SALUD MENTAL						p:
		INESTABLE		ESTABLE		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Femenino	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%	0,03
	Masculino	2	3,2%	60	96,8%	62	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,002
	Primaria	2	18,2%	9	81,8%	11	100,0%	
	Secundaria	3	5,6%	51	94,4%	54	100,0%	
	Superior	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	6	13,6%	38	86,4%	44	100,0%	0,032
	Segunda fase	1	2,0%	49	98,0%	50	100,0%	

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 13 representa la distribución de la percepción de las variables grupo étnico, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento con la esfera salud mental. Basado en esto podemos observar que el grado de instrucción muestra asociación con la esfera salud mental con valor p: 0,002 evidenciando que el 100% perciben inestable la esfera de salud mental no cuenta con grado de instrucción, el 96,4% con grado de instrucción superior perciben estable la esfera de salud mental, la variable sexo muestra asociación con un valor p: 0,03, con el 96,8% de los varones que perciben estable la esfera mencionada

Visualizar las demás variables en anexos ya que no cuentan con una influencia estadísticamente significativa.

**TABLA N° 14: CORRELACIONES DE LAS ESFERAS PERCIBIDAS POR LOS
PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED
METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011**

Correlaciones									
		FUNCION FISICA (0-100)	ROL FISICO (0-100)	DOLOR CORPORAL (0-100)	SALUD GENERAL (0-100)	VITALIDAD (0-100)	FUNCION SOCIAL (0-100)	ROL EMOCIONAL (0-100)	SALUD MENTAL (0-100)
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	1	.623 ^(**)	.648 ^(**)	.620 ^(**)	.612 ^(**)	.424 ^(**)	.318 ^(**)	.538 ^(**)
	Valor p	N.S.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson	.623 ^(**)	1	.456 ^(**)	.528 ^(**)	.524 ^(**)	.538 ^(**)	.440 ^(**)	.393 ^(**)
	Valor p	0,000	N.S.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	.648 ^(**)	.456 ^(**)	1	.416 ^(**)	.434 ^(**)	.227 ^(*)	0,116	.319 ^(**)
	Valor p	0,000	0,000	N.S.	0,000	0,000	0,028	0,266	0,002
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	.620 ^(**)	.528 ^(**)	.416 ^(**)	1	.556 ^(**)	.469 ^(**)	.541 ^(**)	.549 ^(**)
	Valor p	0,000	0,000	0,000	N.S.	0,000	0,000	0,000	0,000
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	.612 ^(**)	.524 ^(**)	.434 ^(**)	.556 ^(**)	1	.558 ^(**)	.420 ^(**)	.729 ^(**)
	Valor p	0,000	0,000	0,000	0,000	N.S.	0,000	0,000	0,000
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	.424 ^(**)	.538 ^(**)	.227 ^(*)	.469 ^(**)	.558 ^(**)	1	.525 ^(**)	.530 ^(**)
	Valor p	0,000	0,000	0,028	0,000	0,000	N.S.	0,000	0,000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	.318 ^(**)	.440 ^(**)	0,116	.541 ^(**)	.420 ^(**)	.525 ^(**)	1	.436 ^(**)
	Valor p	0,002	0,000	0,266	0,000	0,000	0,000	N.S.	0,000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	.538 ^(**)	.393 ^(**)	.319 ^(**)	.549 ^(**)	.729 ^(**)	.530 ^(**)	.436 ^(**)	1
	Valor p	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	N.S.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).
N.S. No significativo

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 14 nos muestra la correlación existente entre cada una de las esferas estudiadas, estableciendo como punto de corte un valor p menor o igual a 0.05, para demostrar la influencia que ejerce cada una de ellas sobre el resto de las mismas. Según lo expuesto, podemos afirmar que se evidencia una fuerte correlación entre cada una de las esferas que están comprendidas en el presente estudio. Así entonces, encontramos que el rol físico (horizontal), salud general (horizontal) y vitalidad (horizontal) están altamente influenciadas por el rol emocional, función física, dolor corporal, función social y salud mental, con valores p: 0.000 para las correlaciones que mencionamos anteriormente. Así

también veremos que las correlaciones y las correlaciones inversas entre función física y rol emocional tienen un valor p : 0,002.

TABLA N° 15: CORRELACIONES DE LOS COMPONENTES FISICO Y MENTAL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

Correlaciones			
		COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	0,878	0,283
	Valor p	0,000	0,006
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson	0,663	0,366
	Valor p	0,000	0,000
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	0,882	0,044
	Valor p	0,000	0,675
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	0,600	0,489
	Valor p	0,000	0,000
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	0,509	0,721
	Valor p	0,000	0,000
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	0,319	0,765
	Valor p	0,002	0,000
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	0,181	0,666
	Valor p	0,081	0,000
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de	0,318	0,832
	Valor p	0,002	0,000

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36.

La tabla N° 15 nos muestra la correlación existente entre cada una de las esferas estudiadas y el componente físico y mental, estableciendo como punto de corte un valor p menor o igual a 0.05, para demostrar la influencia que ejerce cada una de las mismas sobre los dos componentes. Según lo expuesto, podemos afirmar que tanto el rol físico, salud general y vitalidad, ejercen una influencia neta (valores p : 0.000) sobre el componente físico y el componente mental. Del mismo modo, podemos apreciar que la función física, función social y salud mental ejercen una influencia compartida, es decir, se da sobre ambos componentes.

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la percepción de calidad de vida por los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011; hacer una evaluación de la percepción del estado de salud físico y mental con cada una de sus esferas de salud; correlacionar cada una de las esferas estudiadas así como la edad, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción y fase de tratamiento.

Según los resultados obtenidos de nuestra investigación, se encontró el valor de la media (36.20) representando una baja percepción de la calidad de vida de la población estudiada. Estos resultados corroboran los obtenidos en el estudio realizado con el cuestionario SF-36 por Liliana G. Cusmano (Argentina) (3), para la pérdida de calidad de vida, donde, el puntaje promedio fue de 39. Así también, nuestros resultados no concuerdan con los obtenidos por Stefano Vinaccia (Colombia) (1), indicando que la muestra de su estudio quien utilizó el cuestionario SF-36 tuvo una calidad de vida buena 58.8.

En el presente estudio, la esfera de salud de la encuesta SF 36 que fue percibida como más baja por los encuestados fue la del rol físico, con un valor de la media de 8.44 de un total de 100. Este resultado concuerda con el estudio de Estafano Vinaccia (Colombia) (1), cuya más baja percepción es la del rol físico con 44.5.

Si hacemos referencia a los más altos porcentajes, en lo que respecta a la percepción de las esferas de salud, podemos afirmar que tanto el dolor corporal y rol emocional, muestran fuerte asociación con el componente físico y el componente mental, con valor de significancia p : 0.000. Del mismo modo, podemos apreciar que la función física, rol físico, salud general, vitalidad, función social y salud mental, presentan asociación.

Al comparar la percepción de las variables con cada una de las esferas de salud, evidenciamos que en nuestra investigación, el grupo etéreo y la fase de tratamiento presentaron valores $p: 0.000$, con el rol físico, dolor corporal, función social y $p: 0.000$, salud general, vitalidad, función social, respectivamente, que representan una mejor percepción en cada una de las esferas mencionadas y por ende de su estado de salud.

CONCLUSIONES

1. El presente estudio, nos permite concluir que, los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. 2011, perciben su estado de salud y calidad de vida afectados.
2. Las esferas de mejor percepción de calidad de vida, fueron rol emocional y salud general. La esfera con puntuación más baja y por ende con la más baja percepción de calidad de vida fue la de rol físico
3. La percepción de calidad de vida encontrada muestran una disminución relativa conforme aumenta la edad. Así entonces, encontramos que el grupo etáreo de 14 a 25 años, es el que goza de la mejor percepción en general y por cada esfera de salud, seguido de los grupos etáreos comprendidos entre 26 y 40 años, quienes presentan una regular percepción de las mismas. Finalmente, encontramos a los grupos etáreos de 41 a 60 años y de 60 años a más, los cuales cuentan con una baja percepción de las esferas de salud, siendo este último grupo el más comprometido.

Los pacientes de sexo masculino tienen una mejor percepción de todas sus esferas en comparación con la percepción que tiene la población de sexo femenino sobre las mismas.

De todos los pacientes estudiados, el soltero es el que muestra mayor compromiso de sus esferas de salud en comparación al resto de los pacientes; los encuestados con estado civil; viudo, conviviente y casado, mostraron una buena percepción de sus esferas de salud.

En relación a la ocupación, los estudiantes, los comerciantes y los empleados, fueron los grupos poblacionales que presentaron mayor afectación en las esferas de salud. Las personas encuestadas con grado de instrucción secundaria fueron las más afectadas

4. Cada una de las esferas se correlacionan con las demás. la función física, el dolor corporal, rol físico, vitalidad, la salud general, salud mental y la función social están correlacionadas con el componente físico, mientras que el componente mental se encuentra influenciado por la salud general, la vitalidad, rol emocional, rol físico, la función social, la función física y la salud mental.

RECOMENDACIONES

- Proponer el Cuestionario de Salud SF-36 como instrumento de rutina dentro de las instancias de salud de la ciudad de Tacna, para medir el estado de salud de la población en general, así como la calidad de vida relacionada a la salud.
- Identificar los factores sociales, ambientales y epidemiológicos que influyen en el estado de salud y calidad de vida de los pacientes en tratamiento antituberculoso de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna. así como en la población de la ciudad de Tacna en general.
- Efectuar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los grupos vulnerables identificados en nuestro estudio, tales como los grupos etáreos de 41 a 60 años y de 60 años a más, la población de sexo masculino, los de estado civil solteros, los estudiantes, los comerciantes y empleados.

BIBLIOGRAFIA

1. **Stefano Vinaccia, Japcy Margarita, Hamilton Fernandez, Beatriz Elena Perez, Maria Olga Sanchez y Amanda Londoño.** Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnostico de tuberculosis pulmonar.
2. **Culqui DR, Grijalva CG, Reategui SR, Cajo JM, Suárez LA.** Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005.
3. **Liliana G. Cusmano.** Estudio de los costos intangibles y de la participación del componente familiar en el costo social de la Tuberculosis.
4. **Lafargue Mayoz, Dina; Orozco González, María Iluminada; Toledano Grave de Peralta, Yanara; Campo Mulet, Ernestina del; Tablada del Risco, René.** Calidad de la ejecución del Programa de Control de la Tuberculosis en una institución cerrada de Santiago de Cuba. Medisan; 14(4), mayo-jun. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
5. **Curto, Márcio; Scatena, Lúcia Marina; Andrade, Rubia Laine de Paula; Palha, Pedro Fredemir; Assis, Elisângela Gisele de; Scatolin, Beatriz Estuque; Villa, Tereza Cristina Scatena.** Control de la tuberculosis: percepción de los enfermos sobre orientación a la comunidad y participación comunitaria. Rev. latinoam. enferm; Sept.-Oct. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
6. **Goldberg, Alejandro.** Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009. Rev. argent. salud publica;1(5):13-21, dic. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
7. **Díaz Hernández, Dra. Odalys; Torres Sánchez, Dr. Ernesto; Fernández Alfonso, Dra. Jana; Gómez Murcia, Dr. Pedro.** Factores de riesgo asociados a la tuberculosis pulmonar. Municipio Guacara. Estado Carabobo. Venezuela. Enero 2004 mayo 2007 Rev. medica electron;33(1):23-29, ene.-feb. 2011. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
8. **Clementino, Francisco de Sales; Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de.** **Accesibilidad:** identificando obstáculos en la descentralización del control de la tuberculosis en las unidades de salud de la familia. Rev. enferm.

- UERJ;18(4):584-590, out.-dez. 2010. URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
9. **Meléndez JC.** La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Geriatrka.* 1996; 12: 389-1996.
 10. **Griffiths P, Ullman R, Harris R.** Self-assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. London: NCCSDO, 2005. Date available: 18 December 2006. <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/sdo302002.html>
 11. **Bjorner JB, Tage SK, Orth-Gomér K, Gösta T, Sullivan M, Westerholm P.** Self-rated health: a useful concept in research, prevention, and clinical medicine. Stockholm: Ord & Form AB; 1996.
 12. **Menéndez J, Guevara A, N Arcia, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC.** Enfermedades Crónicas y limitación funcional en Adultos Mayores: estudio comparativo en Siete Ciudades de América Latina y El Caribe. *Rev Panam Salud Pública.* 2005
 13. **Leventhal H, M Diefenbach, Leventhal EA.** Cognición enfermedad: usar el sentido común para entender la adherencia al tratamiento y afectan a las interacciones cognición. *Cogn No Res.* 1992
 14. **Ocampo JM, N Romero, HA Saa, JA Herrera, Reyes-Ortiz CA.** Prevalencia de las Prácticas Religiosas, disfunción familiar, social, Soporte y síntomas depresivos en Adultos Mayores. Cali, Colombia 2001. *Colomb Med.* 2006
 15. **Avretsky H, Kumar A.** clínicamente significativa no la depresión mayor: los viejos conceptos, nuevas ideas. *Am J Geriatr Psiquiatría* 2002
 16. **Lammi Reino Unido, Kivela SL, Nissinen A.** Predictores de la discapacidad en los hombres ancianos en Finalizar. Un estudio longitudinal. *J Clin Epidemiol.* 1989
 17. **Adley EM, Yoshida K, Webster G.** Disablement and chronic health problems in Ontario. Ontario Health Survey 1990. Working Paper N° 5. Toronto: Ministry of Health; 1993.
 18. **World Health Organization,** Constitution Statement. WHO, OMS. Ginebra, 1946.

19. **Gómez Mengelberg, Elisabeth.** Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*. 2009; 6(9): [10p.].
20. **Schwartzmann, Laura.** Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX (2)*: 9-21, 2003.
21. **Arostegui Madariaga, Inmaculada; Núñez-Antón, Vicente.** Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española, Vol. 50, Núm. 167, 2008, págs. 147 a 192*
22. **Vilagut, Gemma; Ferrer, Montse; Rajmil, Luis; Rebollo, Pablo; Permanyer-Miralda, Gaietà; Quintana, José M.; Santed, Rosalía; Valderas, José M; Ribera, Aida; Domingo-Salvany, Antonia; Alonso, Jordi.** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *GacSanit.* 2005; 19(2):135-50.
23. **SF-36.ORG.** Cuestionario de Salud SF-36, Definiciones. *Disponible en:* <http://www.sf-36.org/>

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (JUNIO DE 1999)

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
 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 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. Si, me limita mucho
 2. Si, 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. Si, me limita mucho
 2. Si, 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. Si, me limita mucho
 2. Si, me limita un poco
 3. No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
1. Si, me limita mucho
 2. Si, 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. Si
 2. No
14. Durante las 4 últimas semanas. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1. Si
 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. Si
 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. Si
 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. Si
 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. Si
 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. Si
 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
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

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 demasiado 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. Muchas 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

ANEXOS 02

TABLA N° 07: PERCEPCIÓN DEL ROL FISICO SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		ROL FISICO						p:
		DIFICULTA		NO DIFICULTA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	10	32,3%	21	67,7%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	17	77,3%	5	22,7%	22	100,0%	
	41 - 59	31	96,9%	1	3,1%	32	100,0%	
	> 60	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	25	78,1%	7	21,9%	32	100,0%	0,292
	Masculino	42	67,7%	20	32,3%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	37	61,7%	23	38,3%	60	100,0%	0,049
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	25	86,2%	4	13,8%	29	100,0%	
	divorciado(a)	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0,002
	Comerciante	14	93,3%	1	6,7%	15	100,0%	
	Empleado(a)	10	66,7%	5	33,3%	15	100,0%	
	Estudiante	6	30,0%	14	70,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Agricultor	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%	
	Conductor	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Obrero	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Técnico(a)	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Mecánico	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	38	66,7%	19	33,3%	57	100,0%	0,769
	Arequipa	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%	
	Puno	14	77,8%	4	22,2%	18	100,0%	
	Cuzco	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	Ica	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
	Moquegua	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%	
	Lima	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,418
	Primaria	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%	
	Secundaria	37	68,5%	17	31,5%	54	100,0%	
	Superior	19	67,9%	9	32,1%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	33	75,0%	11	25,0%	44	100,0%	0,454
	Segunda fase	34	68,0%	16	32,0%	50	100,0%	

TABLA N° 08: PERCEPCIÓN DEL DOLOR CORPORAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		DOLOR CORPORAL						p:
		PERCIBE		NO PERCIBE		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	14 - 25	3	9,7%	28	90,3%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	7	31,8%	15	68,2%	22	100,0%	
	41 - 59	30	93,8%	2	6,3%	32	100,0%	
	> 60	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	20	62,5%	12	37,5%	32	100,0%	0,148
	Masculino	29	46,8%	33	53,2%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	22	36,7%	38	63,3%	60	100,0%	0,001
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	22	75,9%	7	24,1%	29	100,0%	
	divorciado(a)	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0,002
	Comerciante	12	80,0%	3	20,0%	15	100,0%	
	Empleado(a)	7	46,7%	8	53,3%	15	100,0%	
	Estudiante	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	3	33,3%	6	66,7%	9	100,0%	
	Profesor	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Agricultor	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	Conductor	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Obrero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Técnico(a)	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Mecánico	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	27	47,4%	30	52,6%	57	100,0%	0,829
	Arequipa	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
	Puno	11	61,1%	7	38,9%	18	100,0%	
	Cuzco	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Ica	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
	Moquegua	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%	
	Lima	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,472
	Primaria	7	63,6%	4	36,4%	11	100,0%	
	Secundaria	29	53,7%	25	46,3%	54	100,0%	
	Superior	12	42,9%	16	57,1%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	24	54,5%	20	45,5%	44	100,0%	0,66
	Segunda fase	25	50,0%	25	50,0%	50	100,0%	

TABLA N° 09: PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		SALUD GENERAL						p:
		MALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	14 - 25	15	48,4%	16	51,6%	31	100,0%	0,436
	26 - 40	9	40,9%	13	59,1%	22	100,0%	
	41 - 59	10	31,3%	22	68,8%	32	100,0%	
	> 60	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	16	50,0%	16	50,0%	32	100,0%	0,229
	Masculino	23	37,1%	39	62,9%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	29	48,3%	31	51,7%	60	100,0%	0,129
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	conviviente	8	27,6%	21	72,4%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%	0,206
	Comerciante	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	5	33,3%	10	66,7%	15	100,0%	
	Estudiante	9	45,0%	11	55,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Agricultor	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Técnico(a)	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Mecánico	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	24	42,1%	33	57,9%	57	100,0%	0,702
	Arequipa	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
	Puno	6	33,3%	12	66,7%	18	100,0%	
	Cuzco	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Ica	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Moquegua	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%	
	Lima	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,647
	Primaria	5	45,5%	6	54,5%	11	100,0%	
	Secundaria	21	38,9%	33	61,1%	54	100,0%	
	Superior	12	42,9%	16	57,1%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	29	65,9%	15	34,1%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	10	20,0%	40	80,0%	50	100,0%	

TABLA N° 10: PERCEPCIÓN DE LA VITALIDAD SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		VITALIDAD						p:
		NO PERCIBIDA		PERCIBIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	9	29,0%	22	71,0%	31	100,0%	0,001
	26 - 40	4	18,2%	18	81,8%	22	100,0%	
	41 - 59	8	25,0%	24	75,0%	32	100,0%	
	> 60	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	16	50,0%	16	50,0%	32	100,0%	0,004
	Masculino	13	21,0%	49	79,0%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	22	36,7%	38	63,3%	60	100,0%	0,006
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
	conviviente	4	13,8%	25	86,2%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	7	87,5%	1	12,5%	8	100,0%	0,005
	Comerciante	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	1	6,7%	14	93,3%	15	100,0%	
	Estudiante	6	30,0%	14	70,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	18	31,6%	39	68,4%	57	100,0%	0,672
	Arequipa	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
	Puno	4	22,2%	14	77,8%	18	100,0%	
	Cuzco	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Ica	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Moquegua	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%	
	Lima	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,061
	Primaria	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%	
	Secundaria	17	31,5%	37	68,5%	54	100,0%	
	Superior	5	17,9%	23	82,1%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	24	54,5%	20	45,5%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	5	10,0%	45	90,0%	50	100,0%	

TABLA N° 11: PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN SOCIAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		FUNCION SOCIAL						p:
		NO PERCIBIDA		PERCIBIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etéreo	14 - 25	8	25,8%	23	74,2%	31	100,0%	0,000
	26 - 40	3	13,6%	19	86,4%	22	100,0%	
	41 - 59	7	21,9%	25	78,1%	32	100,0%	
	> 60	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	15	46,9%	17	53,1%	32	100,0%	0,003
	Masculino	11	17,7%	51	82,3%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	20	33,3%	40	66,7%	60	100,0%	0,079
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	
	conviviente	4	13,8%	25	86,2%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%	0,024
	Comerciante	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	1	6,7%	14	93,3%	15	100,0%	
	Estudiante	5	25,0%	15	75,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%	
Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%		
Jubilado	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	16	28,1%	41	71,9%	57	100,0%	0,529
	Arequipa	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
	Puno	3	16,7%	15	83,3%	18	100,0%	
	Cuzco	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Ica	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Moquegua	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%	
	Lima	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,046
	Primaria	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%	
	Secundaria	14	25,9%	40	74,1%	54	100,0%	
	Superior	5	17,9%	23	82,1%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	22	50,0%	22	50,0%	44	100,0%	0,000
	Segunda fase	4	8,0%	46	92,0%	50	100,0%	

TABLA N° 12: PERCEPCIÓN DEL ROL EMOCIONAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		ROL EMOCIONAL						p:
		NO		PERCIBIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	2	6,5%	29	93,5%	31	100,0%	0,197
	26 - 40	0	0,0%	22	100,0%	22	100,0%	
	41 - 59	0	0,0%	32	100,0%	32	100,0%	
	> 60	1	11,1%	8	88,9%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	2	6,3%	30	93,8%	32	100,0%	0,226
	Masculino	1	1,6%	61	98,4%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	2	3,3%	58	96,7%	60	100,0%	0,02
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	conviviente	0	0,0%	29	100,0%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	0	0,0%	8	100,0%	8	100,0%	0,445
	Comerciante	0	0,0%	15	100,0%	15	100,0%	
	Empleado(a)	0	0,0%	15	100,0%	15	100,0%	
	Estudiante	1	5,0%	19	95,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	3	5,3%	54	94,7%	57	100,0%	0,959
	Arequipa	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Puno	0	0,0%	18	100,0%	18	100,0%	
	Cuzco	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Ica	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Moquegua	0	0,0%	7	100,0%	7	100,0%	
	Lima	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,000
	Primaria	0	0,0%	11	100,0%	11	100,0%	
	Secundaria	1	1,9%	53	98,1%	54	100,0%	
	Superior	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	2	4,5%	42	95,5%	44	100,0%	0,484
	Segunda fase	1	2,0%	49	98,0%	50	100,0%	

TABLA N° 13: PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL SEGÚN GRUPO ETAREO, SEXO ESTADO CIVIL, OCUPACION, PROCEDENCIA, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y FASE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LA MICRORED METROPOLITANA REGIÓN DE SALUD DE TACNA EN EL AÑO 2011

		SALUD MENTAL						p:
		NO PERCIBIDA		PERCIBIDA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Etáreo	14 - 25	3	9,7%	28	90,3%	31	100,0%	0,24
	26 - 40	1	4,5%	21	95,5%	22	100,0%	
	41 - 59	1	3,1%	31	96,9%	32	100,0%	
	> 60	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%	
Sexo	Femenino	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%	0,03
	Masculino	2	3,2%	60	96,8%	62	100,0%	
Estado Civil	soltero(a)	5	8,3%	55	91,7%	60	100,0%	0,282
	casado(a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	viudo(a)	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	conviviente	1	3,4%	28	96,6%	29	100,0%	
	divorciado(a)	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
Ocupación	Ama de casa	1	12,5%	7	87,5%	8	100,0%	0,447
	Comerciante	1	6,7%	14	93,3%	15	100,0%	
	Empleado(a)	0	0,0%	15	100,0%	15	100,0%	
	Estudiante	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	
	Desempleado(a)	3	33,3%	6	66,7%	9	100,0%	
	Profesor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Agricultor	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Conductor	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Obrero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Técnico(a)	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Ingeniero	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Mecánico	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%	
	Estilista	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Jubilado	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%		
Procedencia	Tacna	6	10,5%	51	89,5%	57	100,0%	0,934
	Arequipa	0	0,0%	5	100,0%	5	100,0%	
	Puno	1	5,6%	17	94,4%	18	100,0%	
	Cuzco	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%	
	Ica	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	
	Chiclayo	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
	Moquegua	0	0,0%	7	100,0%	7	100,0%	
	Lima	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0,002
	Primaria	2	18,2%	9	81,8%	11	100,0%	
	Secundaria	3	5,6%	51	94,4%	54	100,0%	
	Superior	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%	
	Total	7	7,4%	87	92,6%	94	100,0%	
fase de tratamiento	Primera fase	6	13,6%	38	86,4%	44	100,0%	0,032
	Segunda fase	1	2,0%	49	98,0%	50	100,0%	