

UNIVERSIDAD PARTICULAR INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un  
Centro de Salud de Salud Pública del distrito de Chorrillos

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Gladys Alicia Limachi Gómez

Lima - Perú

2019

## **DEDICATORIA**

A mi madre que desde el cielo me ilumina y me da fuerza para terminar este logro.

A mis hijos Diego y Mayra, que son lo más valioso para mí. Gracias por esa confianza y vieron en mí que para el estudio no importa la edad, sus palabras motivadoras “¡Ya falta poquito mami, anda a tus clases y no faltes”.

A mi gran amiga Luz Palomino, que me brindó su apoyo moral y económico para culminar mi carrera profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco sobre todas las cosas a Dios, porque él es mi guía, el que me ayuda y siempre está ahí cuando más lo necesito.

Mi más sincero agradecimiento Al Mg. Fernando Ramos Ramos, por su generosidad al compartir sus conocimientos, su paciencia durante el desarrollo y culminación de esta tesis. Mi gran consideración al Magister Juan Sandoval Vílchez, a la Dra. Ethel Camarena Jorge que participaron durante mi formación académica.

A las Autoridades del centro de salud pública de chorrillos, por permitirme realizar el estudio de campo y facilitarme la información requerida para realizar la investigación.

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N° 003-Ps. y TS.- 2019.

Expongo ante ustedes mi investigación titulada “Calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un Centro de Salud Pública del distrito de Chorrillos” bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado la investigación presente queda a su criterio de evaluación y espero merecer su aprobación.

Atentamente,

Gladys Alicia Limachi Gómez

## INDICE

|   |      |
|---|------|
| DEDICATORIA .....   | ii   |
| AGRADECIMIENTO .....                                      | iii  |
| PRESENTACIÓN.....   | iv   |
| INDICE.....   | v    |
| INDICE DE TABLAS .....                                    | ix   |
| INDICE DE FIGURAS .....                                   | xi   |
| RESUMEN .....   | xii  |
| ABSTRACT.....   | xiii |
| INTRODUCCIÓN .....  | xiv  |
| CAPÍTULO I.....   | 16   |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                          | 16   |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática .....        | 16   |
| 1.1.1. Internacional .....                                | 16   |
| 1.1.2. Nacional .....                                     | 19   |
| 1.1.3. Local .....  | 22   |
| 1.2. Formulación del problema .....                       | 24   |
| 1.2.1. Problema principal .....                           | 24   |
| 1.2.2. Problemas secundarios.....                         | 24   |
| 1.3. Objetivos .....                                      | 25   |
| 1.3.1. Objetivo General .....                             | 25   |
| 1.3.2. Objetivos Específicos .....                        | 25   |
| 1.4. Justificación e importancia de la investigación..... | 26   |
| CAPITULO II.....  | 27   |
| MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....                            | 27   |

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes.....   | 27 |
| 2.1.1. Internacionales.....                                      | 27 |
| 2.1.2. Nacionales .....  | 32 |
| 2.2. Bases Teóricas.....   | 36 |
| 2.2.1. Calidad de vida .....                                     | 36 |
| 2.2.2. Reseña histórica .....                                    | 41 |
| 2.2.3. Características de la calidad de vida .....               | 42 |
| 2.2.4. importancia .....   | 43 |
| 2.2.5. Tipos .....   | 44 |
| 2.2.6. Componentes.....  | 45 |
| 2.2.7. Factores .....  | 45 |
| 2.2.8. Teoría de los Dominios .....                              | 48 |
| 2.2.9. Modelos .....   | 51 |
| 2.2.10. Enfoques .....   | 52 |
| 2.3. Definiciones conceptuales. ....                             | 56 |
| CAPITULO III .....   | 61 |
| METODOLOGÍA .....  | 61 |
| 3.1. Tipo y diseño utilizado .....                               | 61 |
| 3.1.1. Tipo.....   | 61 |
| 3.1.2. Diseño.....   | 61 |
| 3.2. Población y Muestra .....                                   | 62 |
| 3.2.1. Población .....   | 62 |
| 3.2.2. Muestra .....   | 62 |
| 3.3. Identificación de la variable y su operacionalización ..... | 63 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....    | 66 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.4.1. Ficha Técnica.....                                     | 66  |
| 3.4.2. Instrumento.....                                       | 66  |
| CAPÍTULO IV.....  | 80  |
| PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS..... | 80  |
| 4.1. Procesamiento de los resultados.....                     | 80  |
| 4.2. Presentación de resultados.....                          | 81  |
| 4.3. Análisis y discusión de los resultados.....              | 100 |
| 4.4 Conclusiones.....   | 101 |
| 4.5. Recomendaciones.....                                     | 102 |
| CAPITULO V.....   | 103 |
| PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....                                 | 103 |
| 5.1. Denominación del programa.....                           | 103 |
| 5.2. Justificación del programa.....                          | 103 |
| 5.3. Establecimiento de objetivos.....                        | 104 |
| 5.3.1. Objetivo general.....                                  | 104 |
| 5.3.2. Objetivos Específicos.....                             | 104 |
| 5.4. Sector al que se dirige.....                             | 104 |
| 5.5. Establecimiento de conductas problemas/metás.....        | 104 |
| 5.6. Metodología de la intervención.....                      | 106 |
| 5.7. Instrumentos/material a utilizar.....                    | 106 |
| 5.8. Actividades por sesión.....                              | 107 |
| BIBLIOGRAFIA.....   | 124 |
| ANEXOS.....   | 127 |
| ANEXO Nº 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....                        | 128 |
| ANEXO Nº 2. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....                     | 130 |

|  |     |
|--|-----|
| ANEXO Nº 3. CARTA DE PRESENTACIÓN..... | 131 |
|--|-----|



## INDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Operacionalización.....   | 64 |
| Tabla 2. Categorización a los puntajes T para la escala de calidad de vida. ....                     | 69 |
| Tabla 3. Normas para los puntajes T correspondiente factor 1 (Hogar y bienestar Económico) .....     | 70 |
| Tabla 4. Normas para los puntajes T correspondiente factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad).....   | 71 |
| Tabla 5. Normas para los puntajes T correspondiente factor 3 (Vida familiar y familia extensa) ..... | 72 |
| Tabla 6. Normas para los puntajes T correspondiente factor 4 (Educación y ocio) .....                | 73 |
| Tabla 7. Normas para los puntajes T correspondiente factor 5 (Medios de Comunicación) .....          | 74 |
| Tabla 8. Normas para los puntajes T correspondiente factor 6 (Religión) .....                        | 75 |
| Tabla 9. Normas para los puntajes T correspondiente factor 7 (Salud) .....                           | 76 |
| Tabla 10. Normas para los puntajes totales de la escala de calidad de vida. ....                     | 77 |
| Tabla 11. Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación de Calidad de Vida.....  | 81 |
| Tabla 12. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes de calidad vida. ....     | 82 |
| Tabla 13. Resultados del nivel de calidad de vida.....   | 84 |
| Tabla 14. Nivel de hogar y bienestar económico.....  | 86 |
| Tabla 15. Nivel de amigos vecindario y comunidad.....  | 88 |
| Tabla 16. Nivel de vida familiar y familiar extensa.....   | 90 |
| Tabla 17. Nivel de educación y ocio.....   | 92 |
| Tabla 18. Nivel de medios de comunicación. ....  | 94 |
| Tabla 19. Nivel de religión.....   | 96 |

Tabla 20. Nivel de salud.....98

## INDICE DE FIGURAS

|  |           |
|--|-----------|
| Figura 1. Resultados del nivel de calidad de vida.....                                       | 84        |
| Figura 2 . Resultados de la Calidad de vida en hogar y bienestar económico .....             | 87        |
| Figura 3 . Resultados de la Calidad de vida en el factor Amigos Vecindario y comunidad ..... | 89        |
| .Figura 4 Resultados de la Calidad de vida de vida familiar y familia extensa.. ...          | 91        |
| Figura 5. Resultados de la Calidad de vida en el educación y ocio. ....                      | 93        |
| Figura 6. Resultados de la Calidad de vida de medios de comunicación. ....                   | 95        |
| <i>Figura 7. Resultados de la Calidad de vida en Religión .....</i>                          | <i>97</i> |
| Figura 8. Resultados de la Calidad de vida en Salud .....                                    | 99        |

## RESUMEN

El presente estudio, es de tipo descriptivo y diseño no experimental, teniendo como objetivo determinar el nivel calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis que asisten a un centro de salud pública de chorrillos, contando con 30 pacientes para la evaluación. La escala utilizada es la Prueba de calidad de vida de Olson & Barnes.

Este instrumento nos permitió medir el grado de satisfacción de la calidad de vida que un paciente TBC percibe; esta prueba está clasificada en siete (07) dimensiones como son: hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud.

Obteniendo como resultado mala calidad de vida en un 66.7% de indicando que los pacientes perciben un ambiente familiar disfuncional. Por otro lado, de obtiene un 33.3% con una categoría de “tendencia a baja calidad vida”, indicando que perciben un ambiente familiar con carencias comunicacionales y de desarrollo personal y grupal dentro de la familia.

Llegando a la conclusión que se debe realizar un Plan de Intervención para cambiar la percepción de mala calidad de vida por la de buena calidad de vida.

Palabra clave: Calidad de Vida, paciente, TBC, bienestar, salud.

## **ABSTRACT**

The present study is of a descriptive type and a non-experimental design, with the objective of determining the standard of living in patients diagnosed with tuberculosis who attend a Chorrillos public health center, with 30 patients for evaluation. Climbing is proof of the quality of life of Olson and Barnes.

This instrument allowed us to measure the degree of satisfaction of the quality of life that a TB patient perceives; this test is classified into seven (07) dimensions such as: home and economic well-being, friends, neighborhood and community, family life and extended family, education and leisure, media, religion and health.

Obtaining as a result poor quality of life in 66.7% of indicating that patients perceive a dysfunctional family environment. On the other hand, it obtains 33.3% with a category of "low quality life tendency", indicating that they perceive a family environment with communicational deficiencies and personal and group development within the family.

Arriving at the conclusion that an Intervention Plan must be carried out to change the perception of poor quality of life for the good quality of life.

Keyword: Quality of Life, patient, TB, well-being, health.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la tuberculosis, a pesar de ser un grave problema en la salud pública en nuestro país, especialmente en aquellos sectores asociados a la pobreza y en muchos casos por la ayuda social que tienen estos pacientes afectados por la enfermedad, así como el esquema de tratamiento integral que reciben que de acuerdo a la adherencia de su tratamiento preocupa la calidad de vida que puedan tener, ya que depende su recuperación en base a las acciones que realiza actitudes, emociones, soporte familiar, creencias asociadas a su tratamiento médico.

La tuberculosis es un gran problema de salud a nivel mundial. Causa problemas de salud entre millones de personas cada año y es la principal causa de morbilidad en muchas regiones, por ello comprender su efecto sobre la calidad de vida y estado de salud es importante para el cuidado del paciente.

En muchos casos falta de adherencia al tratamiento asociada a una mala calidad de vida genera dificultades en su recuperación y recaídas que le generan mayor cronicidad en la evolución de su enfermedad.

Esta investigación pretende conocer cuáles son las condiciones de la calidad de vida para poner posteriormente realizar las acciones correctivas que permitan una mejor adaptación.

En el capítulo I se describe la problemática de la calidad de vida y cómo afecta a la población de pacientes con TBC ; a nivel internacional, nacional y a los socios de la institución donde se desarrolla el trabajo de investigación a la enfermedad.

En el capítulo II se expone el marco teórico, donde se presentan antecedentes internacionales, nacionales y las bases teóricas de la investigación.

En el capítulo III se explica la metodología de la investigación, la variable y la operacionalización, el tipo, el diseño, la población, la muestra, los instrumentos de medición y técnicas.

En el capítulo IV se menciona cual es la técnica de procesamiento de resultados, así mismo se muestran las tablas y gráficos de los resultados obtenidos, las conclusiones y las recomendaciones.

En el capítulo V se presenta la propuesta de un programa de intervención de en base a los resultados, cuya finalidad es la de plantear propuestas para mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con tuberculosis que se atienden en el centro de salud.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad, calidad de vida toma un papel importante en la vida diaria de las personas y en especial en los pacientes que acuden al centro de salud de chorrillos diagnosticados con tuberculosis, ya que en algunas veces trae consigo dificultades y llevan una vida desordenada en el trabajo, estudios descuidando su alimentación.

#### 1.1.1. Internacional

Según la RAE, (Madrid mar./abr. 2010) **calidad de vida**; es el grupo de situaciones que conllevan a obtener una vida tolerante, digna y única.

Según la OMS (2015) la calidad de vida; se entiende a la percepción de cada individuo según el lugar donde vive, el medio ambiente que lo rodea, la familia, la sociedad, la cultura, las costumbres, religión y valores que dan un nivel de satisfacción en sus vidas. Teniendo también influencia en la salud mental y física, así mismo acerca de su independencia, relaciones sociales y como es la relación con su entorno.

Según la RAE, jubilar (16 mar. 2017), significa dejar de realizar una actividad por envejecimiento, tiempo significa dejar de realizar una actividad por envejecimiento, tiempo prolongado de servicios o imposibilidad; una persona deja de realizar una actividad en un lugar determinado y generalmente goza del derecho a una pensión. Exonerar a una persona de ejercicios o cuidados que practicaba o le incumplían, tras cumplir la de edad establecida en cada país o por decrepitud.

Según el informe la OIT (2014), el 52% de los individuos que sobrepasan la edad de jubilación en el mundo, perciben una remuneración; sin embargo, la cobertura no es adecuada y el nivel de su ingreso es



insuficiente; según el informe que analiza la situación en 178 países. (Alfaro, 2018).

Biológicamente el envejecimiento es la consecuencia de los daños moleculares y celulares, que conduce a una decadencia progresiva de las funciones normales que limitan las capacidades mentales y físicas, poniendo en riesgo la salud por estar propensos a contraer enfermedades, falta de buen funcionamiento en el cuerpo humano comúnmente llamados síndromes geriátricos y llegar finalmente llegar a la muerte. (Alfaro, 2018)

Pese a la decadencia progresiva, la medicina ha permitido que se desarrolle una disciplina médica llamada geriatría, logrando brindar más años de vida a los adultos mayores.

Según información de la OMS (2015), a nivel mundial se vive más tiempo, puesto que actualmente la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años y se espera que para el 2050 se llegue a los 2000 millones, teniendo un incremento de 900 millones en referencia al 2015. Esto implica que el envejecimiento poblacional es más rápido que hace años. Todos los países del mundo tienen que enfrentar grandes retos para garantizar que los sistemas básicos como son los sistemas sociales y sanitarios estén listos para soportar el cambio demográfico.

En la actualidad existen 125 millones de personas igual y mayores a 80 años, por lo que se espera que para el año 2050 se supere los 120 millones únicamente en China y 434 millones en todo el mundo, lo más preocupante es que para ese año se calcula que el 80% de los adultos mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

La OMS (2016), elaboró la “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016 – 2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana”; con la finalidad de comprometerse con un envejecimiento saludable, alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores,

establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, creación de entornos adaptados a las personas mayores y mejora de las condiciones, el seguimiento y la comprensión. Todo esto con la intención de disminuir las actitudes negativas que existen ante el envejecimiento y la discriminación que sufren los adultos mayores afectando su salud; puesto que, según la encuesta World Values Survey analizada por la OMS, que se realizó a más de 83 000 personas en 57 países, se tuvo como resultado lamentable que el 60% de las personas encuestadas no muestran el respeto que se merecen los ancianos, sobre todo en esferas de ingresos altos. (Alfaro,2018)

La jubilación va muy ligada a la edad de las personas, es por ello que en varios países a nivel mundial se está prolongando la vida laboral, teniendo en consideración la esperanza de vida.

Según la OMS (2016), existe un problema palpable pues el 60% de la población no respeta a los adultos mayores, ocasionado que este grupo de personas se encuentre dentro de un grupo vulnerable pues muchas veces sufren de violencia; tanto física, psicológica, abandono y vulneración de derechos humanos.

Según la OMS (2017), la salud mental afecta al 15% de la población de adultos mayores, el 20% de los adultos mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental o neural y el 6.6% de la discapacidad va ligada a trastornos mentales y neurológicos. Estos trastornos representan en la población de adultos mayores un 17.4% de años vividos con discapacidad; los trastornos más comunes que afectan a nivel mundial son: la depresión 7%, la demencia 5%, ansiedad 3.8% y problemas por abuso de sustancias psicotrópicas casi en 1%. (Alfaro,2018)

El trazo sintónico de la vejez es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de

sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo y historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar. (Bordignon, 2005)

La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los sus significados, que se expresa en esta síntesis: “Yo soy el que sobrevive en mí”. La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría. Contraponiendo a los sistemas filosóficos y religiosos, el ritualismo des vinculante de este estadio es el dogmatismo. Basado en el poder totalizante, que puede transformarse en dogmatismo coercitivo. (Bordignon, 2005)

### **1.1.2. Nacional**

Diferentes análisis históricos subrayan que la mejor forma que tienen los países para enfrentar esta problemática, es con la implementación de programas de control de cobertura nacional y altamente eficientes que usen tecnologías apropiadas y que incorporen a sus actividades rutinarias métodos de monitoreo y evaluación permanentes, que permitan mejorar su operatividad. En la medida que un programa altamente eficiente brinde una

atención de calidad, comenzara a solucionar algunos de los problemas que favorecen la presencia de casos de TB y TB MDR y estos deben comenzar a mostrar franca disminución, si a ello le adicionamos una política agresiva en el manejo de los casos ya producidos, entonces con estas medidas de intervención, se estaría consiguiendo un verdadero impacto sobre aspectos epidemiológicos y clínico-operacionales que controlarían el problema en cualquier país del mundo. Bonilla (2008)

Si bien el desarrollo económico y el crecimiento del ingreso figuran indudablemente entre los factores que ayuda a explicar las notables mejoras de la salud en el siglo XX son dos los mensajes que surgen claramente y que ayudan a entender que se pueden lograr mejoras extraordinarias en el control de la TB sin un ingreso elevado o en rápido aumento. Bonilla (2008)

La tuberculosis (TB) es una enfermedad que afecta a más de nueve millones de personas en el mundo y es la causa de muerte de 1,5 millones de personas por año (1). En el Perú es una de las principales causas de morbilidad que afecta sobre todo a jóvenes y adultos de 21 a 48 años, siendo el promedio de edad de 35 años. Si bien, se ha reportado casos en todos los departamentos del país, la mayoría se encuentran en la selva y costa central. Robles - Marinos (20013)

Durante los últimos 30 años ha habido una disminución en la cantidad de personas infectadas por el *Mycobacterium tuberculosis*. Es importante resaltar que, a través de la instauración del programa de control de TB propuesto por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la incidencia ha ido disminuyendo, con una caída mayor al 8% anual para el periodo comprendido entre los 90 y el año 2003, y con una caída promedio del 2% anual para el periodo 2003-2015, aunque en este último la tendencia ha sido casi estacionaria. Robles - Marinos (20013)

En el año 2013 la incidencia de TB fue de 90,3 casos por cada 100 000 habitantes (27 505 casos), proporción que disminuyó a 88,8 casos por cada 100 000 habitantes (27 350 casos) en el 2014. Además, el 73% de los

casos nuevos reportados en los años 2013 y 2014 provenía de cinco departamentos (Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Lima e Ica); Lima fue el departamento que más casos de TB concentró en el país (60%) y fue el tercer departamento con la incidencia más alta, siendo Lima Metropolitana (provincia de Lima más Callao) el área con el mayor porcentaje de casos (2). En esta ciudad, los distritos que reportaron una tasa de TB pulmonar frotis positivo (TBPFP) por encima del promedio nacional -más de 100 casos de TBPFP por cada 100 mil habitantes- fueron San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco. Robles - Mariños (20013)

Según el INEI, en el 2017, se atendieron 23,300 casos notificados de tuberculosis en 43 distritos de Lima.

Santiago, 11 de febrero de 2017.- El Ministro de Salud (S) Jaime Burrows y el Subsecretario de Salud Pública (S) Cristián Herrera dieron a conocer hoy los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI), medición que contempla información sistemática, confiable y oportuna acerca de la calidad de vida y la salud de la población para el diseño, desarrollo y evaluación de las políticas e intervenciones en salud. Los resultados denotan que afectan mayormente a las mujeres, a las personas de mayor edad y a las personas que tienen un nivel socio económico bajo. Al respecto señaló que “Debemos perseverar como país en ir desarrollando políticas de salud que vayan orientadas a disminuir esas inequidades”.

Agregó el mayor desafío es posicionar la salud en todas las políticas, es decir, que se puedan ir incorporando los hallazgos de la cartera de salud, también en las políticas que desarrollan otros ministerios: “Aspiramos a un conjunto de políticas coordinadas, que es lo que la Organización Mundial de la Salud ha instruido a los gobiernos para mejorar la salud y calidad de vida de las personas”, recalcó el Ministro(s) Burrows.

### **1.1.3. Local**

Desde el Sur Peruano por Joaquín Alcázar (5 de octubre 2017), informa los seres humanos tenemos la capacidad de adaptarnos a distintas realidades, tanto física como mentalmente. En el mundo actual, un gran proceso de cambio que experimentan varios millones de personas es pasar de vivir del campo o ciudades pequeñas a las grandes urbes, las cuales, según varios estudios, cada vez concentrarán un mayor porcentaje de la población humana. En la actualidad, aproximadamente 50% de la población mundial vive en zonas urbanas, y dicha cifra ascenderá a 70% en 2050, según la ONU; por su parte, un 12% de la población, o 453 millones de personas, viven actualmente en mega ciudades, es decir, aquellas con más de 10 millones de habitantes.

Así mismo en el Perú, este proceso migratorio a las zonas urbanas y a la mega ciudad sería más acentuado. Lima, con 10.13 millones de habitantes, concentra el 31.9% de la población del país, y la población urbana representa el 76.7%. Hace 50 años Lima tenía el 22.6% y las zonas urbanas 58.1%, y hace 20 años Lima concentraba el 29.9% y las zonas urbanas 68.7%.

Además, las grandes ciudades tienen problemas que no existen o existen en mucho menor medida en ciudades chicas y zonas rurales, como el tráfico y el tiempo perdido que implica, la delincuencia, contaminación de diversos tipos, mayores desigualdades económicas, costo de vida, falta de lugares de esparcimiento, etc.

Obviamente nadie va a negar que las zonas urbanas y grandes ciudades ofrecen mejores oportunidades de empleo e ingresos, así como mejor acceso a servicios básicos como educación, agua, saneamiento y salud. Sin embargo, con la mejora de estas condiciones en las ciudades chicas y en zonas rurales, y con el significativamente mayor costo de vida y problemas antes mencionados de las grandes ciudades.

Además, con el apoyo de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG). El ingreso promedio familiar de las zonas urbanas fuera de Lima es de 2,775 soles al mes, mientras que en Lima es de 5,006 soles; es decir 80% más. No obstante, varios costos pueden ser superiores en similar o mayor proporción, como el costo promedio del m<sup>2</sup> de compra y alquiler de la vivienda, la educación básica privada, el costo de transporte (tanto en micros y combis como en taxis), la salud privada, esparcimiento, etc.

Para los pobladores de niveles más altos, cuyas necesidades básicas estarían cubiertas antes de migrar, las motivaciones son otras, tales como mejores oportunidades laborales, la mayor calidad de vida que pueden ofrecer distritos como Miraflores y San Isidro, más actividades culturales, aspectos sociales, etc.

Según la vigésima edición, el Ranking Mundial de Calidad de Vida 2018”, sostiene Gabriel Regalado. Lima se ubica en el puesto 124 a nivel mundial, siendo superada, a nivel Sudamérica, por ciudades como Montevideo (77), Buenos Aires (91), Santiago de Chile (92), Asunción (115), Río de Janeiro (118), Quito y Sao Paulo (122). Ello ubica a la capital peruana como una de las ciudades con peor calidad de vida a nivel regional junto a Bogotá (128), La Paz (156) y Caracas (193).

Además “El éxito de una asignación internacional depende del bienestar personal y profesional del trabajador extranjero, así como del bienestar de sus familias”, indicó Slagin Parakatil, director de Mercer y responsable del Estudio sobre Calidad de Vida. “Además de limitar el atractivo de una ciudad para los negocios o el talento, la mala calidad de vida puede tener un impacto importante en el estilo de vida de un trabajador inmigrante. Las generaciones más jóvenes, en particular la generación Millennial, suelen tener grandes expectativas en términos de estilo de vida y oportunidades de ocio y entretenimiento. Las compañías que envían trabajadores a otras ciudades deben tener una imagen completa de las condiciones del lugar a fin de otorgarles una compensación adecuada a sus

empleados, en caso de existir una disminución del nivel de calidad de vida”, concluye.

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

### 1.2.2. Problemas Especificos

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Hogar y Bienestar Económico** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión los **Amigos, Vecindario y Comunidad** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Vida Familiar y Familia Extensa** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Educación y Ocio** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Medios de Comunicación** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Religión** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?



¿Cuál es el nivel de calidad de vida en su dimensión **Salud** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos?

### 1.3. Objetivos

#### 1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos.

#### 1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar el nivel de Calidad de Vida **Hogar y Bienestar Económico** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos

Determinar el nivel Calidad de Vida con los **Amigos, Vecindario y Comunidad** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos.

Determinar el nivel de s Calidad de Vida con la **Vida Familiar y Familia Extensa** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos

Determinar el nivel de Calidad de Vida con la **Educación y Ocio** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos.

Determinar el nivel Calidad de Vida en relación a los **Medios de Comunicación** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos

Determinar el nivel de Calidad de Vida en relación a la **Religión** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos

Determinar el nivel de calidad de vida en relación a la **Salud** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos.

#### **1.4. Justificación e importancia de la investigación**

Esta investigación se justifica mediante las siguientes razones:

En primer lugar, radica la necesidad de saber cuál es la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos.

En segundo lugar, dar a conocer la realidad de su calidad de vida teniendo en consideración que la mayoría de los pacientes independientemente de la edad, quienes padecen de la enfermedad de la tuberculosis, así como conocer la relación su tiempo libre, tener una buena relación con el medio que lo rodea, seguridad, tener buena salud para realizar actividades de esfuerzo físico y contar con buena salud mental.

Demostrar que la labor del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario de salud es importante ya que va a permitir una intervención que alivie sus frustraciones, emociones negativas con respecto a su enfermedad, y poner tener una recuperación, así como reinsertarse a su medio laboral y de esta manera mejorar su salud física y mental.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 2.1. Antecedentes.

##### 2.1.1. Internacionales

Mazacón, B. (2017) realizó un estudio sobre “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud”. El objetivo fue determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenida y no intervenida con el modelo de atención integral en salud. La investigación fue cuantitativa y descriptiva de corte transversal. Participaron un total de 297 adultos mayores. Se aplicó una encuesta sociodemográfica que permitió obtener datos de la edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud. Como instrumento se aplicó el cuestionario SF-36 de calidad de vida donde la mayor puntuación la obtuvieron las dimensiones de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). La conclusión demostró que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Esto evidenció que las intervenciones ejecutadas en la población objeto de investigación no han tenido un efecto significativo por lo que es necesario determinar los factores de incidencia.

Betancourt (2015) realizó un estudio sobre en “**Efectos de la rehabilitación** pulmonar en la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con secuelas de tuberculosis”, realizó fortalecimientos musculares y educación durante ocho semanas previa evaluación y recolección de datos basales, para posterior reevaluación, entre ellos calidad de vida. Se halló que

la calidad de vida obtuvo diferencias significativas tras el programa de rehabilitación pulmonar.

Muhammad y Cols (el 2014), realizó el estudio “de impacto del tratamiento de tuberculosis en la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con tuberculosis pulmonar” Un estudio de seguimiento en el cual se tomaron a 216 pacientes los cuales completaron el cuestionario SF – 36 al comienzo del tratamiento, en posteriores encuestas, 177 y 153 en una segunda y tercera encuesta realizada. En relación al impacto de la calidad de vida, el estudio demostró 11 que mejora la calidad de vida después del tratamiento, pero se compromete la salud mental y física incluso al término del tratamiento.

El estudio realizado por Mona y Cols en el (2014) acerca de “calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con tuberculosis en la provincia del este de Arabia Saudita”, se realizó en 173 pacientes, 74 tuberculosis multidrogo resistente y 99 no resistentes al tratamiento, los datos clínicos y demográficos fueron obtenidos mediante la revisión de historia clínicas del 2008 al 2013. Se utilizó la encuesta de la organización mundial de la salud en la cual se encontraron puntajes medios menores en calidad de vida en pacientes multidrogo resistente que el grupo de comparación, además de salud global, psicológica y dominio ambiental.

En el estudio realizado por Romero, Amador y Alvis (2010), cuyo título fue: “Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, residentes en Montería, Colombia”. Donde el objetivo fue determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral. El método empleado fue cuantitativo de tipo analítico. La muestra de estudio fue de 77 pacientes. Los instrumentos empleados fueron: para evaluar la calidad de vida se utilizó el instrumento QLI-SP y la escala de apoyo social percibido. Para determinar el grado de asociación se utilizó el coeficiente de Spearman. Los resultados fueron: el promedio de edad fue de 33.3 años (I.C 95% (31 – 35.8)). El 62% (48) de los pacientes son hombres. Entre las dimensiones de la calidad de vida quienes

reportan promedios más altos son el bienestar físico y el funcionamiento ocupacional mientras los de menor promedio son las dimensiones de apoyo comunitario, apoyo social y plenitud personal. Ninguna de los promedios de las dimensiones superó los 7 puntos en una escala del 1 a 10. El apoyo comunitario fue la dimensión que contó con mayor variabilidad. La correlación más alta fue la reportada por la plenitud personal y el apoyo de la familia ( $r=0.56$ ,  $p=0.0$ ). (p. 173).

Según el artículo de investigación, estudio realizado por López-Palacio Juan Diego (2017) cuyo título “determinantes sociales de la salud en pacientes con tuberculosis”. Donde el objetivo fue “Determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis”. Materiales y métodos: estudio descriptivo, basado en el referente conceptual de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Se analizaron circunstancias sociales y de salud de 273 pacientes Manizaleños durante el año previo al diagnóstico. La información provino de fichas epidemiológicas, registros programáticos, encuesta de identificación social de beneficiarios y certificados de defunción; se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences. Resultados: el 60% fueron hombres; edad promedio 46,2 años +/- 19,1 años; 91,2 % con residencia urbana; 8,4% con vulnerabilidad social extrema; 92% tenían educación secundaria o menos; 55,2% de estrato social bajo. Se encontró un promedio de 4,38 personas/vivienda; el 4% fueron habitantes de calle. El 93% afiliados al sistema de salud; el 80,2% con tuberculosis pulmonar; el 12,8% con asociación de VIH-Sida; el 95,6% pacientes nuevos al ingreso; egresaron del programa, 33,7% curados; 39,9% terminado; 8,4% fracaso o abandono y 13,9% fallecidos. La incidencia en comunas osciló entre 0,9 y 4.4 por 10 000 personas/año. Conclusiones: la presencia y persistencia de la tuberculosis está relacionada con las condiciones materiales de vida de las clases sociales. Diversos autores han encontrado gradientes sociales relacionados con tuberculosis. Las personas con tuberculosis tienen en común determinantes que los categorizan socialmente, que influyen en la

mortalidad, letalidad e incidencia; es necesaria la articulación multisectorial y fortalecer investigaciones en los determinantes sociales de la salud.

Francisco Napoleón (2016), realizó un estudio sobre “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo”.

Una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial es la tuberculosis, enfermedad infecciosa que en su forma activa ejerce cambios en la calidad de vida y apoyo social de las personas que la padecen, nuestro país con tasas elevadas de infectados y enfermos no escapa a esta situación. El estudio de la problemática permitió profundizar en la epistemología de la tuberculosis, cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis de las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. El Oro 2016. El presente estudio es de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y transversal; con una muestra de 72 pacientes con tuberculosis, de las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y El Guabo. Se les aplicó una encuesta semi estructurada para la recolección de datos sociodemográficos y el cuestionario SF-12v2 para valorar las dimensiones de la calidad de vida, y el test FF-SIL para medir el grado de funcionalidad familiar, se realizó el levantamiento de datos y se valoró la relación entre la calidad de vida y funcionalidad familiar. Se determinó su asociación mediante la prueba de Chi<sup>2</sup> estimado con el SPSS v16. Revelando el estudio que la mayoría de los participantes presentaron buena calidad de vida con afectación leve en las dimensiones rol físico, salud general, rol emocional. Con este detalle se puede inferir que no existe asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

(Kishigami & Esperanza, 2013), En su tesis “Calidad de vida en función de apoyo social en estudiantes foráneos de una universidad del centro de México”, se realizó con el propósito de analizar y estudiar la relación que existe entre la Calidad de Vida y el Apoyo Social en los estudiantes de la Universidad de las Américas Puebla.

Se entiende que en el estudio de investigación participaron 365 sujetos que estaban conformados por 241 estudiantes foráneos y 124 estudiantes locales de 18 a 26 años de edad respectivamente de sexo femenino y masculino. Se realizaron diversos estudios, tales como la aplicación de instrumentos para evaluar la CV (Comprehensive Quality of Life Scale-Adult) y la prueba Social (Provision Scale). Finalmente hubo un análisis estadístico para determinar su validez. Concluyendo que existe una relación positiva entre las variables; indicando que a mayor percepción de apoyo social mayor será su calidad de vida.

Al respecto, puedo afirmar que los estudiantes universitarios son personas de mucha voluntad y de energía positiva para la búsqueda de oportunidades; quiere decir que no necesitan de asistencialismo más al contrario ellos tienen CV mayor siempre y cuando haya oportunidades de mejora, de crecimiento y satisfacción que conlleva al crecimiento de cada uno de ellos profesionalmente y económicamente.

Figuroa (2013)"Calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de Santa Cruz del Quiché." En esta investigación es de tipo descriptivo, tuvo como objetivo establecer la calidad de vida en los alumnos adolescentes entre 12 a 16 años de un colegio privado de Santa Cruz del Quiché, para ello, se utilizó el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes de Gómez, M. y Verdugo, M. de la cual se logró establecer el porcentaje de los adolescentes insatisfechos teniendo como resultado en las dimensiones de Bienestar Personal con un resultado de 30% y Comunicación con 28.5 %.

En la investigación, se concluye que no hubo Integración a la Comunidad, por tanto, en este tipo de actividades, las autoridades de Colegio y otros similares realizan actividades y talleres que promueven el desarrollo de los factores y dimensiones de la calidad de vida. Es preciso señalar que una integración entre actores educativos de colegio y comunidad da mejores resultados por trabajar conjuntamente y por ende se fortalece en el desarrollo de las mejores condiciones de vida.

### 2.1.2. Nacionales

Chira (2017) Realizo un estudio “**Percepción del apoyo social y calidad de vida** en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016.”, tiene como objetivo principal determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval.

El estudio es de tipo cuantitativo de alcance correlacional, método descriptivo no experimental, bajo la metodología del hipotético deductivo. Teniendo una población de 49 pacientes con tuberculosis pulmonar, siendo encuestada la totalidad al ser este un universo pequeño. El instrumento utilizado en la presente investigación fue el cuestionario Duke-Unc (escala de Likert modificada) para medir el apoyo social, que consta de 11 ítems, y cuestionario Whoqol-Bref (escala de Likert modificada) de calidad de vida, que consta de 26 ítems; la técnica empleada fue la encuesta. Los resultados de la presente investigación fueron: La percepción del apoyo social total fue del 67% (33) indica apoyo normal y el 33% (16) señala tener escaso apoyo; en cuanto a sus dimensiones, respecto al apoyo social afectivo fue del 84% (41) indica apoyo normal y el 16% (8) señala tener escaso apoyo; por otro lado, el apoyo confidencial fue del 61% (30) indica escaso apoyo y el 39% (19) señala tener apoyo normal. La percepción total de calidad de vida fue del 44.9% (22) regular calidad de vida, el 32.75 (16) mala calidad de vida y el 22.4% (11) buena calidad de vida. Existiendo una alta relación ( $p=0.003$ ) entre la percepción del apoyo social y la calidad vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016. Se aprobó la hipótesis planteado por el investigador.

Mendoza (2018) Realizo un estudio tuvo como objetivo “determinar la asociación entre el Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en pacientes con Tuberculosis MDR del C.M.I. El Progreso. Carabayllo”. La investigación es de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño no experimental, transversal, la muestra fue conformada por 30 pacientes, los



instrumentos que se utilizaron para la medición de las variables fueron Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario MOS de Apoyo Social. El resultado muestra un coeficiente de correlación de Rho de Spearman de  $p: 0.991$ , indicando que no existe una asociación entre el apoyo social y la calidad de vida.

Tisoc (2015) realizó un estudio “Nivel de conocimiento en pacientes afectados de tuberculosis en el Centro de Salud María Teresa de Calcuta.” El Perú es uno de los países de América Latina con mayor incidencia y morbilidad de tuberculosis (TBC), está relacionada a diferentes factores sociales y económicos que dificultan una adecuada respuesta para contrarrestarla. Objetivo: Determinar Nivel de conocimiento en pacientes afectados con TBC del Centro de Salud María Teresa de Calcuta en enero a junio del 2015. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en una población de 76 pacientes con TBC en tratamiento del Centro de Salud que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables se usó una encuesta validada. El análisis será con un  $p$  menor a 0.05 como significativo y un nivel de confianza del 95%

Resultados: 66% de los encuestados son del género masculino. El nivel de conocimiento de TBC es medio alto, el grado de instrucción si influye en el nivel de conocimientos sobre la tuberculosis

El estudio realizado por Loayza (diciembre 2015) “percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud el agustino” tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en estos pacientes, enfocándose principalmente en 2 componentes los cuales son físico y mental. Se aplicó el cuestionario SF-36, además de una ficha de recolección de datos. En el componente físico el dolor corporal obtuvo el más alto puntaje con 89.2% y la salud general el puntaje más bajo con 23.05%. El componente mental, la función emocional obtuvo un puntaje de 72%. Concluyendo que calidad de vida en paciente con tratamiento antituberculoso fue buena.

Según Es Salud (14 de marzo 2013), adultos mayores tienen mejor calidad de vida, con excelentes beneficios para los asegurados, gracias al “Hospital de Día Geriátrico de la red Almenara” dicho nosocomio trabaja bajo el principio de reconocer que la vejez no es una enfermedad, sino un proceso, una expectativa de vida y lo que se busca es que la persona adulta mayor envejezca con dignidad.

Así mismo, promueve estilos de vida saludables, como las actividades físicas, dirigidas a personas que tienen osteoporosis o que han sufrido caídas, a ellos se les recomienda la práctica de ejercicios físicos como subir y bajar escaleras.

También, se realizan los talleres de memoria, para fijar la concentración-orientación, problemas cognitivos, amnesia; reinserción de las actividades básicas e instrumentales como bañarse, salir a pasear, y talleres para pacientes con déficit motor, a fin de evitar el deterioro progresivo de los órganos; así mismo, personal especializado brinda asesoramiento de nutrición con el fin de fortalecer el sistema de salud inmunológico de los adultos mayores.

También cuentan con equipo de especialistas evalúa y diagnostica al paciente para saber qué tipo de patología adolece el adulto mayor, con fines de recuperación y terapia que se han logrado con éxito.

Calla Mamani, Sonia Jenny Quispe Flores (2014) realizaron un estudio sobre “Apoyo social percibido y calidad de vida en personas con tuberculosis. Micro redes zamácola, alto selva alegre y ciudad blanca” “Muchas personas no consideran importante el brindar apoyo a un amigo o familiar que padezca de esta enfermedad, de ahí que se debe mantener una adecuada relación entre el apoyo social que recibe el paciente con TB para que así se logre un adecuado nivel en su calidad de vida.

El método de investigación fue de tipo descriptivo, de diseño correlacional y de corte transversal que se realizó en personas con tuberculosis de los centros y puestos de salud de las Microredes Zamácola,

Alto Selva Alegre y Ciudad Blanca durante los meses de junio, julio y agosto del 2014, con el propósito de evidenciar la importancia de la relación existente entre el apoyo social que percibe la persona con TB y su calidad de vida; encontró que el 37.88% presentó un apoyo social medio, que el 43.94% presentó una mala calidad de vida y que ambas variables están relacionadas en términos altamente significativos ( $p < 0.01$ ). El coeficiente de correlación de Spearman ( $Rho = 0.4402$ ) indica que existe alta asociación entre el apoyo social y la calidad de vida evidenciándose que a mayor apoyo social mejores la calidad de vida de las personas con tuberculosis

Gamboa (2016) realiza una investigación sobre " el apoyo social en pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Ermitaño bajo independencia", teniendo como objetivo: determinar el apoyo social de los pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Ermitaño Bajo Independencia, agosto 2016. Metodología: investigación fue de tipo cuantitativa, método de estudio descriptivo, transversal en una muestra conformada por todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional y Prevención y control de la Tuberculosis siendo un total de 47 pacientes, que fue determinada mediante muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se aplicó como técnica la encuesta e instrumento el cuestionario, que fue sometido a prueba de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach. Resultados: Los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un apoyo social general en su mayoría medio 45% (21), seguido del nivel alto 32% (15) y bajo 23% (11). Los pacientes con tuberculosis pulmonar presentan un apoyo social emocional medio con un 45% (21), apoyo social instrumental con un 70% (33), apoyo social de relaciones sociales en un 40% (19) y apoyo social afectivo con un 49% (23).

Rubit Ramírez Barrientos (2018) realizó un estudio donde tuvo como finalidad "Determinar el nivel de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 en el distrito de Villa el Salvador", estudio de tipo descriptivo y no experimental. El instrumento que se utilizó fue una encuesta de elaboración propia, la muestra estuvo

conformada por 50 adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65. Los resultados obtenidos mostraron que los factores determinantes con alto nivel son; relaciones interpersonales con 73%, bienestar material con 73%, bienestar físico con 73%, siendo el factor con nivel más bajo el de Integración social con 35%, de igual manera se obtuvieron resultados de los 8 factores que engloban la calidad de vida, así mismo todos los otros factores resultaron con porcentajes altos en la categoría “favorable”. En base a este estudio se elaboró un programa de intervención con el objetivo de modificar la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del programa. Palabra clave: calidad de vida, adul

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

Según Fernández & Yániz, (2002), La calidad de vida es el conjunto de condiciones en que vive el ser humano y determinan el grado de la satisfacción de sus necesidades psíquicas y físicas.

En 1993 Patrick y Erickson declara que calidad de vida es como la manera de percibir las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y el déficit de oportunidad a causa de políticas de salud, enfermedad, tratamiento o secuelas que modifican la medida asignada a la duración de la vida.

Rodríguez, 1995) refiere que la calidad de vida es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, y, ese juicio subjetivo está estrechamente relacionada con determinados indicadores, objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales, sociales y familiar.

Schumaker y Naughton (1996) declara como percibe la capacidad de efectuar las actividades importantes para uno mismo y la influencia subjetiva del estado de salud actual.

Según Krzeimen (2001), la calidad de vida se da en la medida en que logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas. Dicha

etapa de la vida será como una prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se asumirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del paciente.

Fernández y Yániz (2002). Así mismo la calidad de vida de los adultos mayores puede direccionarse a partir de los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Factores relevantes de la calidad de vida en las personas adultas mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos.

De acuerdo a Eamon O'Shea (2003), se puede decir que la calidad de vida es igual a una vida satisfactoria, con bienestar subjetivo y psicológico, en el cual se mantiene el desarrollo personal y diversos aspectos de lo que constituye una buena vida; ésta se puede indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida.

Según Vera (2007), calidad de vida del paciente adulto, es básicamente la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); las cuales contribuyen de forma diferente para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta para ello el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez

García (2008), Olson y Barnes definen la calidad de vida como la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción.

Según Encinas P. y Alcántara W. (2015) la calidad de vida, el bienestar de las personas, especialmente de los adultos mayores tiene que ver, además de su protección y satisfacción de necesidades básicas, con dimensiones subjetivas. Y creemos que el concepto de autoestima es una clave valiosa para determinar su satisfacción en la vida, asociada a su bienestar, por tratarse de un estado de valoración y aceptación que ellos se confieren a sí mismos. La autoestima resulta indispensable para acceder a condiciones de vida satisfactorias.

Desde la formulación por la OMS, en su Carta Magna o Carta Constitucional, en 1948 de la ya clásica definición de salud como "el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades", los esfuerzos de muchos investigadores se han dirigido a la búsqueda de herramientas para evaluar estos tres aspectos interrelacionados de la vida del ser humano, y que desde un principio fueron criticados como inconcretos.

La OMS define la calidad de vida relacionada con la salud "La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en aumentar que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

El envejecimiento progresivo de la población de los países occidentales, al sus expectativas de vida, va unido a un incremento de las enfermedades crónicas y las inutilidades o incapacidades, haciéndose necesaria la planificación de los servicios de salud en términos de programas de coste-efectividad/utilidad en personas de la tercera edad y población adulta mayor, siendo precisa una información lo más fidedigna posible y una definición clara de las necesidades para poner a disposición de las decisiones políticas para desarrollar planes sociales o de salud..

Así mismo, en salud es imprescindible determinar variables biológicas, sociales y psicológicas que influyen la percepción de calidad de vida en el nivel colectivo como también a nivel individual, ya que al ser este subjetivo los diferentes significados estructurados podrían reflejarse en la naturaleza de poblaciones o agrupaciones. Entonces tenemos a la promoción en salud a un nivel intersectorial y multidisciplinario situado así por la influencia de la situación económica, vivienda, estilos de vida y satisfacción en el empleo y/o escuela teniendo que calidad de vida en concepto tiene muchas dimensiones.

El concepto de calidad de vida es uno de los factores más relevantes para analizar la situación del paciente que padece enfermedad física. La complejidad del concepto supone considerar aspectos personales y subjetivos; tan diversos como personas existen referidos a cómo el paciente percibe la vida y su futuro así como otros aspectos objetivos; relativos al nivel de salud y aspectos socio-económico, para su tratamiento, así como el apoyo familiar y también aspectos más sociales como acceder a servicios del estado, la pertenencia a grupos sociales, contar con la familia para su cuidado, contar con amigos, buena alimentación, oportunidades de recreación, etc.

Para comprender la multidimensionalidad del concepto, que es la variable de interés de la presente investigación, presentamos un conjunto de bases teóricas que sustentan lo dicho anteriormente y la importancia en el tema.

Como percibe uno mismo el contexto cultural, bienestar físico, mental y social asociado a preocupaciones, expectativas, estándares y objetivos propios define a Calidad de Vida, ligando a valores y creencias personales. Para poder medir la calidad de vida se usan indicadores ya sean objetivos como indicadores sociales o subjetivos como percepciones o estimaciones. Más adelante se relaciona calidad de vida y salud introduciéndose el nuevo concepto de como su vida es influenciada por cómo percibe subjetivamente su salud. Swayne (2017)

En salud es imprescindible determinar variables biológicas, sociales y psicológicas que influyen la percepción de calidad de vida en el nivel colectivo como también a nivel individual, ya que al ser este subjetivo los diferentes significados estructurados podrían reflejarse en la naturaleza de poblaciones o agrupaciones. Entonces tenemos a la promoción en salud a un nivel intersectorial y multidisciplinario situado así por la influencia de la situación económica, vivienda, estilos de vida y satisfacción en el empleo y/o escuela teniendo que calidad de vida en concepto tiene muchas dimensiones.

El meta-análisis de Higuera y Cardona del 2015, que incluye once estudios que evalúan calidad de vida percibida asociada a la salud según el género de adolescentes demostró diferencias estadísticamente significativas de puntaje más altos en hombres entorno a las 17 dimensiones de "salud y actividad física", "sentimientos y estados de ánimo", a diferencia de "vida familiar y tiempo libre", siendo esta dimensión similar para por género. Por último, mayores puntajes para el género femenino se encontraron en las dimensiones de "amigos y apoyo social" y en "entorno familiar". Factor a tener en cuenta en el estudio de calidad de vida ya el país nuestro cuenta con elevados casos nuevos de pacientes masculinos en nuestro país. Los objetivos establecidos por individuos enfermos de tuberculosis o VIH pueden verse impedidos de ser realizados por la discriminación, vergüenza, miedo o culpa ya que estas enfermedades tienen repercusiones psicosociales, aunque se haya disminuido la morbilidad de estas enfermedades. Swayne (2017)

En nuestra investigación vamos a utilizar la variable de calidad de vida, que comprende con aspectos económicos, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud y su relación la enfermedad de la tuberculosis

Los esfuerzos encaminados a definir y medir la calidad de vida se vieron impulsados por el discurso pronunciado por Lindón B. Johnson, a la



sazón, presidente de los Estados Unidos de América, en el Madison Square Garden

### **2.2.2. Reseña histórica**

La conceptualización de la Calidad de vida, comienza en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida presenta interés en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

Así mismo estos indicadores a mediados de los 70 y comienzos de los 80, marca el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. La expresión de calidad de vida comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han

existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

### **2.2.3. Características de la calidad de vida**

Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

Concepto de Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

La calidad de vida escapa a la dimensión exclusivamente médica siendo preciso considerar problemas sociales e institucionales, tales como las consideraciones laborales, económicas, domésticas, satisfacción de los servicios públicos, contaminación atmosférica, seguridad ciudadana, situación política, creencias religiosas, valores morales y condiciones medioambientales, que no son responsabilidad directa de la salud o de los cuidados médicos.

#### **2.2.4. Importancia**

La Calidad de Vida es importante porque se emerge como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones físicas, emocionales, sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, sobre todo en los

servicios humanos, incluyendo la evaluación de las necesidades y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos.

La vida es un ciclo, debemos cultivar una buena salud, los pensamientos positivos y asertivos, buenas actitudes, la autosuficiencia, independencia; más no seguir con creencias antiguas, ni emociones tóxicas que deteriora la salud emocional.

Calidad de vida tiene importancia porque presenta interés por conocer el bienestar humano, de cómo identificar enfermedades en la etapa de la juventud, a pesar que algunos entran en una situación de negación y evasión; así mismo, en ocasiones se ha llegado a situaciones con necesidades de apoyo familiar. En la etapa de adulto mayor se conoce que está llena de cambios y asociadas a enfermedades crónicas, pérdidas de trabajo, proyectos de vida. Por tales circunstancias, llevar una vejez hermosa y conllevar una buena calidad de vida es importante la aceptación, integración social, compartir la felicidad, durante la etapa de vida y sobre todo contar con el apoyo social y familiar en fin de evitar la depresión.

### **2.2.5. Tipos**

La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes.

- Bienestar físico (con conceptos como la salud, seguridad física),
- Bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.),
- Bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación)
- Bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad).

### **2.2.6. Componentes**

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el Bienestar individual. De los últimos, esos se pueden agruparse en 5 dominios principales:

- El bienestar físico (como salud, seguridad física),
- Bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones),
- Bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución)
- Bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión).

Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud.

### **2.2.7. Factores**

Según Grimaldo Muchotrigo (2011) en su investigación sobre la calidad de Vida en estudiantes 4to y 5to de secundaria de cuatro centros educativos estatales y particulares, expone los factores de la calidad de Vida propuestos por Olson y Barnes (1892) en su escala de calidad de vida los cuales son: Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Hogar, Pareja, Ocio, Medios de Comunicación, Religión y Salud. Definición de la siguiente manera:

- **Factor Bienestar Económico.**

Satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia.

- **Factor Amigos.**

Satisfacción en los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc.

- **Factor Vecindario Y Comunidad.**

Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).

- **Factor Vida familiar y hogar**

La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacerla necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc.

- **Factor Pareja**

La relación afectiva con la esposa (so), el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de la pareja.

- **Factor Ocio**

La cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).

- **factor Medios De Comunicación**

Es la satisfacción respecto al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.

- **Factor en Religión**

La vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a Misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios, etc.

- **Factor en Salud**

La salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear.

Factores según autores, Según Guadalupe Nava (2012), en su artículo titulado “La calidad de vida: Análisis multidimensional” hace mención que varios autores que asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: a mayores recursos se tenga, mayor es la probabilidad de una buena calidad vida. Para ello se requiere de diferentes factores:

-Factores materiales: son los recursos que uno tiene Ingresos disponibles Posición en el mercado de trabajo Salud, Nivel de educación, etc.

-Factores ambientales: son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida. Hacen referencia a los recursos que uno tiene, tales como: ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud y nivel de educación, entre otros.

-Factores de relacionamiento: Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto.

-Políticas gubernamentales: La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también que hay que considerar la perspectiva social La calidad de vida y del bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes.

#### **2.2.8. Teoría de los Dominios**

El presente trabajo se aborda desde la Teoría de los Dominios propuesta por Olson y Barnes (1982), quienes plantean que una característica común en los estudios de la calidad de vida, constituye la evaluación de la satisfacción en los dominios de las experiencias vitales de los individuos. Cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros (Andrews & Whitney, 1974; Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Grimaldo (2011)



Según Olson y Barnes, citado Grimaldo (2011), proponen una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso de desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida. Desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se define como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente. A nivel operacional se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona: Bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud; medida a partir de las valoraciones y criterios; medida a partir de los siguientes criterios: Calidad de vida óptima (estado de pleno bienestar físico, mental y social), tendencia a calidad de vida buena (estado de bienestar físico, mental y social con ciertas limitaciones), tendencia a baja calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones) y mala calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con serias limitaciones). Grimaldo (2011)

### **Teorías y modelos sobre calidad de vida**

Es un hecho que el ser humano es un ser social y que en sus dimensiones física, mental, espiritual, económica y emocional está presente este aspecto. Hasta ahora, con los cambios económicos, políticos y sociales, el mundo empieza a tomar en cuenta que la calidad la hacen los seres humanos y no las máquinas. En los últimos años, se ha estado gestando una transición de conciencia en lo anterior, debido al surgimiento de las nuevas teorías de calidad total. Este factor, dio lugar a la fase de la aparición de

ideas que proclaman, como imperiosa necesidad, que se comience a trabajar para llegar a la calidad de vida de los individuos, pues se ha observado que de ésta dependen las otras calidades.

La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante en la vida del hombre desde el comienzo de los tiempos. Poetas y filósofos han intentado definir, explicar y analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre. La calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud, es poder funcionar al cien por cien. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

Maslow (1954) 21 en su libro habla de una sabiduría biológica, una tendencia innata en el hombre a elegir lo que es beneficioso para él, o, por lo menos, a deseárselo. Sabiendo, entonces, que existen en nosotros los conocimientos biológicos suficientes como para poder reconocer lo adecuado para nuestro bienestar, parece contradictorio que, a pesar de tener bien marcada la senda, sin darnos cuenta, insistamos en tomar la dirección contraria. De esta forma, muchos de nosotros escapamos a la posibilidad de crecer. Hemos perdido el instinto de lograr la calidad de vida. En los últimos 10 años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: "Calidad de Vida Relacionada con la Salud". Así, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las

La Psicología parte de un modelo diferente y propio, que se denomina como el "Modelo Comportamental", que explica los procesos implicados en el envejecimiento en función, básicamente, de la organización de la información y el aprendizaje continuo del sujeto. La información se organiza internamente en el organismo mediante los distintos procesos comportamentales: Sensación, Percepción, Memoria, Pensamiento, Activación y Atención. Entendidos éstos como organizadores de la información que permite una respuesta psicológica más o menos eficaz, su estimulación y aprendizaje permanentes, permitirán mantenerlos eficaces todo el tiempo que esto se produzca (OÑA y cols., 1999).

### **2.2.9. Modelos**

La evolución del concepto de la calidad de vida queda plasmada en cuatro grandes modelos:

El primer modelo, define la calidad de vida como la suma de las condiciones materiales de vida, es decir mediante lo que se tiene y no se tiene, en referencia al ingreso, las propiedades con el individuo cuentan, la educación, etc. Así la calidad de vida podría ser medida comparando su situación con la distribución del total de la población. Este modelo se fundamenta en una óptica objetiva.

El segundo modelo, se caracteriza por la definición de la calidad de vida como sinónimo de satisfacción personal que experimentan las personas al realizar o dejar de realizar ciertas actividades de su vida cotidiana, así como el planteamiento de sus objetivos en la vida, sus deseos y anhelos,

sus logros conseguidos, así la calidad de vida podría ser medida con información puramente subjetiva.

En el tercer modelo, la calidad de vida viene definida por el equilibrio entre las condiciones de vida de un individuo o grupo con la satisfacción que experimenta, es un planteamiento combinado, ya que recurre tanto a las condiciones de vida de carácter objetivo, como a las apreciaciones subjetivas.

En el cuarto modelo, la calidad de vida comprende la combinación de las condiciones de vida con la satisfacción, pero ponderada por orden de importancia según la percepción de cada individuo. En este enfoque se crea una interacción entre las condiciones de vida objetivas, la información subjetiva en base a la percepción y los valores personales que interactúan a la hora de determinar la calidad de vida.

#### **2.2.10. Enfoques**

Según los autores Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques son variados, pero podrían englobarse en dos tipos:

Enfoques cuantitativos, con propósito es operacional izar la Calidad de Vida. Según los indicadores:

Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda) etc.

-Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales).

- Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

Enfoques cualitativos, que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos

Según Gómez-Vela (2004), los enfoques de evaluación de la CV se pueden clasificar en: enfoques cuantitativos, cualitativos y pluralismo.

Los enfoques cuantitativos utilizan estrategias que intentan operacionalizar el concepto mediante indicadores sociales, psicológicos y ecológicos (Dennis et al., 1993). Los Indicadores Sociales son estadísticos normativos referidos a condiciones sociales objetivas, que permiten conocer el nivel de bienestar comparando la posición de una persona respecto a la población en general. Algunas de sus ventajas son: proporcionan información concisa, comprensiva y juicios equilibrados sobre diversos aspectos de la sociedad, posibilitando la medición de la CV colectiva; permiten identificar desigualdades sociales o económicas; entregan información sobre la calidad de los programas y servicios, en la medida que éstos modifican los resultados de los indicadores sociales; poseen validez externa; y, al proporcionar información respecto al bienestar de una población, pueden utilizarse para diseñar políticas públicas. Sin embargo, su desventaja es que no contemplan la dimensión subjetiva de la CV, impidiendo conocer la perspectiva de los individuos. Los Indicadores Psicológicos abarcan experiencias y reacciones subjetivas del individuo ante sus circunstancias vitales, intentando conocer su satisfacción personal o su bienestar psicológico, desde perspectivas globales o en relación con diferentes dominios relevantes. Los elementos positivos de estas estrategias son: la consideración de la perspectiva del individuo y la estabilidad temporal de los resultados obtenidos. No obstante, el uso de estos métodos como única fuente de información resulta poco fiable pues presentan problemas

de validez y generalización. Finalmente, los Indicadores Ecológicos, consideran información relativa a los recursos del individuo y las demandas del ambiente en el que vive, respondiendo al Modelo de Bondad de Ajuste, mediante el Análisis de Discrepancia. Dicho modelo plantea que la CV no depende de factores psicológicos o sociales, sino que resulta de la discrepancia entre los recursos de la persona y los factores estresantes que encuentra a su alrededor. Por otro lado,

Enfoques Cualitativos son métodos utilizados por quienes consideran que la CV es un constructo que no puede ser medido, dada su complejidad, carácter subjetivo, y su variabilidad en términos personales, culturales e históricos. En este escenario, buscan una visión global del bienestar de los sujetos basándose en sus propias narraciones y discursos, mediante miradas longitudinales, naturalistas y no intrusivas. Según Peter (1997), esto permite comprender los aspectos más subjetivos de los individuos; mantener una visión holística de la vida; y, contextualizar los resultados aportando información sobre la relación entre el individuo y su entorno. Sin embargo, estas estrategias presentan problemas de fiabilidad y generalización de resultados.

Enfoque el Pluralismo. Metodológico intenta superar las deficiencias y aprovechar las ventajas de los enfoques cualitativo y cuantitativo adoptando una metodología mixta (Felce, 1997; Schalock, 1996; Terry & Huebner, 1995). Para esto, utiliza datos objetivos y subjetivos, combinando estrategias cualitativas y cuantitativas, con el fin de obtener información más completa sobre la CV de los sujetos. De esta manera, el pluralismo metodológico responde a la necesidad de evaluar diferentes dimensiones, distintos ámbitos, diversos niveles, y donde es necesario incluir elementos culturales, del ciclo vital, experiencias subjetivas y datos objetivos. Sólo mediante la utilización de diversas técnicas y estrategias de evaluación será posible abarcar todos los aspectos involucrados en la CV de un individuo (Schalock, 2004; Schalock & Verdugo, 2003; Verdugo & Schalock, 2006).

Conclusiones A lo largo de esta revisión se puede concluir que el constructo

CV puede ser una herramienta extremadamente útil en el área de las ciencias sociales, constituyéndose en una importante ayuda para el desarrollo de programas e intervenciones que mejoren las condiciones de vida de las personas. Sin embargo, en Chile, este constructo ha sido estudiado de manera escasa y prácticamente sólo desde el ámbito médico. En este escenario, la presente revisión abre nuevas alternativas y muestra las infinitas utilidades que se pueden obtener al aplicar este modelo en áreas tan diversas como la educación, los servicios sociales o el contexto comunitario. Se debe reconocer que existen dificultades en la definición de la CV, fundamentalmente debido al uso común del término, la inexistencia de acuerdo entre los investigadores, la utilización del constructo en diversos ámbitos, y la propia complejidad del concepto. Todo ello lleva a que en la actualidad aún no sea posible contar con una definición consensuada. Sin embargo, sí existen avances en la identificación de características y principios que guían su aplicación, planteándose, por ejemplo, que es multidimensional, que abarca elementos objetivos y subjetivos, y que tiene los mismos componentes para todas las personas, entre otros elementos. En estas circunstancias, es posible adherir a la tendencia de algunos investigadores, respecto a la comprensión de la CV como un conjunto de propiedades que permiten juzgar el valor de algo (Galloway & Bell, 2006), en este caso, la vida. Así, desde un punto de vista individual, es posible entender el concepto como la respuesta a la pregunta: “¿Cómo es mi vida?”. Para responder a esta interrogante, es necesaria una evaluación de la vida que lleva cada sujeto, la cual puede realizarse desde dos miradas. La primera, una visión global e inespecífica, relacionada con conceptos tales como el bienestar subjetivo y la satisfacción vital; y la segunda, una visión que intenta conocer cómo es la vida a partir de los dominios y dimensiones relevantes en las que cada sujeto se desenvuelve. Tomando en cuenta estas dos posibles miradas, resulta evidente

### **2.3. Definiciones conceptuales.**

Swayne (2017) considera calidad de vida es como percibe uno mismo el contexto cultural, bienestar físico, mental y social asociado a preocupaciones, expectativas, estándares y objetivos propios define a Calidad de Vida, ligando a valores y creencias personales. Para poder medir la calidad de vida se usan indicadores ya sean objetivos como indicadores sociales o subjetivos como percepciones o estimaciones. Más adelante se relaciona calidad de vida y salud introduciéndose el nuevo concepto de como su vida es influenciada por cómo percibe subjetivamente su salud.

Veenhoven,( 2001) afirma el concepto de calidad de vida abarca tres significados y dentro de uno de estos de incluye la felicidad. El primero es la calidad del entorno en el cual uno vive; es decir, su hogar y el lugar en donde se encuentra, otro concepto se refiere a la Calidad de acción, es decir cómo afrontan las personas su vida, o sea, la capacidad para enfrentar los problemas que le presentan, el tercer significado se refiere a la plenitud, como calidad del resultado, es decir los productos de la vida y el disfrute de esta. En este último significado de la calidad de resultado, se incluye a la felicidad, definida como la apreciación completa de la vida en su conjunto (

Eamon O'Shea (2003), afirma que la calidad de vida del adulto mayor la constituye una vida satisfactoria, acompañada de bienestar subjetivo y psicológico, condiciones para continuar desarrollando y diversos aspectos de lo que constituye una buena vida; debiéndose indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida,

**Según Organización Mundial de la Salud diferencia los siguientes términos:**

**Enfermedad:** Se define enfermedad al proceso de alteración leve o grave del estado óptimo de salud, es decir, cuando todo o una parte del organismo de las personas no funciona con normalidad. Los factores que inciden pueden ser externos o internos.



**Estado de Bienestar:** Entendido como una situación que hace referencia a un conjunto de factores que una persona necesita para tener una vida buena.

**Apoyo.-** Es brindar afecto a una persona de manera que esta pueda sentirse respaldada emocionalmente. (Badia & Lizán, 2003).

**Familia:** Grupo de personas conformados por individuos que se encuentran unidos por una relación filiación o de pareja, y que conviven entre sí.

**Paciente:** Persona atendida en los establecimientos de salud por padecer alguna dolencia o malestar.

**Percepción:** Forma en como una persona ve una determinada situación en su vida.

**Satisfacción Personal:** es la sensación de alegría, paz y gozo por haber cumplido ciertos objetivos, sentirte útil, aprender a disfrutar la vida en toda circunstancia y lograr la autorrealización personal". (LUCID, 2017)

Al respecto, el individuo al buscar su bienestar debe de sentir satisfacción por lo que realiza actividades de ocio como viajes, diversiones, etc. o participar en la política para obrar por el desarrollo de su nación. .

**Salud:** Estado de equilibrio en que se encuentra una persona al no padecer ninguna enfermedad o malestar físico o psicológico.

**Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa, provocada por un bacilo, que se transmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en los tejidos infectados; puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones, produciendo tos seca, fiebre, expectoraciones sanguinolentas y pérdida de peso.

**Centro de salud:** Es un establecimiento destinado a la atención sanitaria de la población. El tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro y la región. Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo.

Definiciones de calidad de vida, según otros autores:

Según Crespo, Hornillos, Bernaldo, y Gómez, (2010) calidad de vida consiste en una valoración global, la misma que es realizada por el individuo, y en donde considera las variables físicas, psicológicas y sociales.

Para Tuesca, R. (2012) define la calidad de vida responde a “un concepto multidimensional, como el bienestar subjetivo, la capacidad funcional y la realización de actividades sociales. Por lo tanto, en su medición se debe tener en cuenta dos proyecciones, la del usuario y la del proveedor”.

Según Rozas (1998) considera calidad de vida no es solo la optimización de los servicios, la eficiencia de las maquinas, el beneficio de los materiales, seguros de una vivienda si no aquellos aspectos relacionados con el campo de lo psicológico y de lo cultural social.

Según Grimaldo (2003) el desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida. Por ejemplo aspectos como el desarrollo de la autoestima, de la identidad, autorrealización, el desarrollo de sus potencialidades y el manejo de nuevas habilidades.

Ramírez (2000) define la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual decir es la percepción física, psicológica social y espiritual que tiene la persona frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en su bienestar.

Levi & Anderson (1980) define, concepto de ajuste entre exigencia y oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades percibidas. Es una medida compuesta de bienestar físico, psicológico y social tal como se percibe cada persona o grupo.

Grossy(1994) define calidad de está ligado a felicidad y bienestar físico, psíquico y social, priman los criterios de la autorrealización y protección ambiental.

Ardila (2003) define, estado de realización de las potencialidades de la persona, en los aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es decir, una sensación

subjetiva (de bienestar físico, psicológico y social. Se considera también en este aspecto la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y a la salud percibida. Como aspectos objetivos (el bienestar material, la relaciones armónicas con el ambiente físico, social, la comunidad, y la salud ..

OMS (2007), Percepción de la existencia individual en la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus objetivos, normas e inquietudes

Moyano (2010) “la calidad de vida es igual a nivel de vida, por estilo de vida, por personalidad, por bienestar subjetivo y por organizaciones positivas.

Definición de la dimensión, Según la OMS (28), la Calidad de Vida son las evaluaciones de las personas sobre el funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los auto informes subjetivos en términos de satisfacción / insatisfacción. Estas conductas o capacidades evaluadas se expresan en 6 dimensiones:

1. Dominio físico, contiene dolor y disconfort, energía y fatiga, actividad sexual, sueño- descanso y funciones sensoriales.

2. Dominio psicológico, incorpora sentimientos afectivos, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal, apariencia y sentimientos negativos. 3. Nivel de independencia, incluye la movilidad, las actividades cotidianas, dependencia de sustancias médicas, tratamientos y dependencia de sustancias no médicas (drogas) y la capacidad de comunicarse, capacidad de trabajo.

4. Relaciones sociales, Relaciones personales, soporte social, actividades de promoción y soporte.

5. Medio ambiente, contiene libertad, seguridad física, ambiente del hogar, satisfacción laboral, recursos financieros, salud y cuidado social, accesibilidad y calidad, oportunidad de nueva información y competencias, recreación y

actividades de ocio, ambiente físico (polución, ruido, clima y transporte). 6. Espiritualidad, incluye la religión y las creencias personales.

Según Alguacil (2000), calidad de vida tiene su máxima expresión relacionada con la salud. Comprenden las siguientes dimensiones:

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

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

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

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño utilizado

##### 3.1.1. Tipo

La presente investigación es de tipo descriptiva básica, no comparativa. Trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentarnos una interpretación correcta. Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o proceso de los fenómenos. Según (Hernández, Fernández y Baptista (2010)), la investigación descriptiva consiste en la descripción de situaciones y eventos, es decir cómo son y cómo se comportan determinados fenómenos.

Según (Behar Rivero, 2008), informa que “la Investigación descriptiva Sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos”.

Según (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) indica que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

##### 3.1.2. Diseño

El diseño de la investigación es no experimental, no se utiliza variables independientes, (Hernandez, S.R.;Fernandez,C,Baptista,P(2006),se refieren al diseño como el plan o estrategia concebida para obtener información que se desea.

(Santa Paella y Feliberto Martins (2010)), es decir, el investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal cual, y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos.

## **3.2. Población y Muestra**

### **3.2.1. Población**

Según Vara (2010) la población es aquella en la cual se engloban a todos los individuos que van a ser el objeto de estudio, los cuales tienen características similares y se encuentran ubicados en un mismo territorio (p 221).

La población de estudio se realizó con pacientes de las edades de 19 de años hasta 86 años, del sexo femenino y masculino. La mayor parte de personas adultas evaluadas, indicaron tener grado de instrucción con secundaria incompleta, de condición civil conviviente y condición de la ocupación de trabajo eventual.

Los jóvenes indicaron ser estudiantes y algunos llevan un mal estilo de vida en los diferentes aspectos de su vida y la gran mayoría tiene apoyo familiar.

En cuanto a los adultos se observó la incidencia por el tipo de trabajo como es el caso de taxistas, carpinteros y albañiles. En cuanto a las madres de familia solteras, cuentan con apoyo mínimo o nada del padre de sus hijos, y/o de sus hijos mayores. En cuanto a los padres de familia indicaron sentirse deprimidas y tener problemas de insatisfacción por su salud. Debido a que algunos presentan otras enfermedades como la diabetes y refieren querer curarse muy pronto para volver con sus actividades cotidianas.

### **3.2.2. Muestra**

Según Vara (2010), la muestra es aquel subconjunto extraído de la población total, esta selección se da a través de diversos métodos (p 221).

Según Hayes (1999), el tipo de muestra censal es aquel que abarca el análisis de todos los elementos de la población de estudio.

El tipo de muestreo es censal, realizado entre los meses de Noviembre, Diciembre y Enero debido a que se seleccionó al 100% de la población al considerar toda la población que conforman los pacientes que asistieron al centro de salud de chorrillos diagnosticados con tuberculosis. El tamaño de la muestra es de 30 pacientes.

### **3.3. Identificación de la variable y su operacionalización**

La variable a estudiar es la calidad de vida, que tiene como objetivo “Determinar el nivel de la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos”.

Por otro lado, mediante este instrumento no solo se evalúa el nivel de calidad de vida que presenta los pacientes evaluados, sino también como es la manera que se sienten frente a diversos aspectos de su vida y en que situaciones no lo son.

Tabla 1. Operacionalización

| Variable   | Dimensiones   | Peso | Nº de Items | Indicadores    | Niveles  |
|--|---|------|-------------|----------------|--|
| <p><b>Calidad de Vida</b></p> <p>La calidad de vida es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Olson &amp; Barnes, 1982)</p> | <p><b>Hogar y Bienestar Económico:</b></p> <p>Se evalúa la satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia, entre otros ítems (Grimaldo M.2011 p177).</p>   | 20%  | 5           | (1,2,3, 4, 5)  | <p>1.-Insatisfecho</p> <p>2.-Un poco satisfecho</p> <p>3.-Más o menos satisfecho</p> <p>4.-Bastante satisfecho</p> <p>5.Completamente satisfecho</p> |
|  | <p><b>Amigos, Vecindario y Comunidad:</b></p> <p>El nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc. (Grimaldo M.2011 p177).</p>   | 17%  | 4           | (6,7,8, 9)     |  |
|  | <p><b>Vida Familiar y Familia Extensa:</b></p> <p>En el dominio Vida familiar y hogar, se encuentran los siguientes: La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc. (Grimaldo M.2011 p177).</p> | 17%  | 4           | (10,11, 12,13) |  |



|  |  |     |   |               |  |
|--|--|-----|---|---------------|--|
|  | <p><b>Educación y ocio:</b><br/>Es medido a partir de los siguientes ítems: La cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.), además de otros ítems. (Grimaldo M.2011 p177).</p>  | 13% | 3 | (14,15,16)    |  |
|  | <p><b>Medios de Comunicación:</b><br/>Es evaluado a partir del grado de satisfacción respecto al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc. (Grimaldo M.2011 p177).</p> | 17% | 4 | (17,18,19,20) |  |
|  | <p><b>Religión:</b><br/>La vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios, etc. (Grimaldo M.2011 p177).</p>  | 8%  | 2 | (21,22)       |  |
|  | <p><b>Salud:</b><br/>La salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear (Grimaldo M.2011 p177).</p>  | 8%  | 2 | (23,24)       |  |

### **3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico**

La técnica de recolección de datos será la encuesta aplicada y el instrumento de medición y evaluación será la Escala de Calidad de Vida que fue creado por los autores de David Olson & Howard Barnes en 1982.

#### **3.4.1. Ficha Técnica**

- Nombre : Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes
- Autores : David Olson & Howard Barnes
- Adaptado por : Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo
- Administración : Individual o colectiva
- Duración : Aproximadamente 20 minutos
- Nivel de aplicación: A partir de 13 años
- Finalidad : Identificación de los niveles de calidad de vida

La calidad de vida está ligada a la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores:

Factor 1 (Hogar y Bienestar económico), Factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida familiar y familia extensa), Factor 4 (Educación y ocio), Factor 5 (Medios de comunicación) Factor 6 (Religión), y Dimensión 7 (Salud).

#### **3.4.2. Instrumento**

La escala de calidad de vida de Olson y Barnes fue creado por los autores David Olson y Howard Barnes, en 1982, lo cual su adaptación fue por Mirian Pilar GrimaldoMuchotrigo (Perú).

Materiales de la prueba:

Cuadernillo de la prueba en el que se consideran las instrucciones y un lapicero.

Normas de corrección y calificación:

Se realizan de la siguiente manera:

- ✓ Se sumarán al final las puntuaciones correspondientes a cada una de los ítems contestados, considerando que cada respuesta tiene un puntaje correspondiente a: 1, 2, 3, 4 y 5.
- ✓ Todas las puntuaciones directas obtenidas se ubicarán en la parte final de la prueba.
- ✓ Las puntuaciones directas que se convertirán en centiles por medio de las tablas baremos correspondientes

Adaptación de la prueba:

La escala de calidad de vida de Olson y Barnes fue creada por los autores David Olson y Howard Barnes, en 1982 y fue adaptado por Mirian Pilar Grimaldo Mucho trigo. Perú).

Validez:

El proceso de validación de la escala de la calidad de vida de Olson Barnes, se realizó a partir Validez de Constructo, para lo cual se utilizó el análisis Factorial. En el análisis factorial se utilizó el método de extracción de ejes principales, el cual se fundamenta en hallar los constructos subyacentes, que explican las relaciones entre ítems y la agrupación entre ellas, además considera el error de medición en la estimación de las cargas factoriales entre los ítems y los factores, de tal modo que se ajusta mejor al contexto de la aplicación de los datos y el marco de la teoría de la medición sobre lo cual se basa la construcción de la escala de calidad de vida.

De acuerdo a los análisis realizados, puede señalarse que la escala de calidad de vida posee validez de constructo para medir la calidad de vida en grupos poblacionales similares a la muestra estudiada, dado que se observan resultados concordantes con los teóricamente esperados.

#### Confiabilidad

La escala de Calidad de Vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo .86 para la muestra total; .83 para la muestra de colegios particulares y .86, para los colegios estatales.

Olson & Barnes (1982) determinaron la confiabilidad del presente instrumento mediante el test re test, aplicando el coeficiente de Pearson, obteniendo valores aceptables para cada uno de los 11 factores y la escala total (.6476). También se trabajó la consistencia interna a partir del Coeficiente Alpha de Cron Bach para cada mita de la muestra (.87 y .85) y para la muestra total combinada (.86).

#### Baremación:

Se ofrecen los baremos en percentiles, obtenidos en una muestra de 589 estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 18 años de edad, de 4° y 5° de secundaria de cuatro Centros Educativos Estatales y particulares de Lima.

## Tablas de escala de calidad de vida

Tabla 2. Categorización a los puntajes T para la escala de calidad de vida.

| Puntajes   | Categorías                        |
|------------|-----------------------------------|
| Más de 61  | Calidad de vida Optima            |
| 51 a 60    | Tendencia a calidad de vida buena |
| 40 a 50    | Tendencia a baja calidad de vida  |
| 39 a menos | Mala calidad de Vida              |

Tabla 3. Normas para los puntajes T correspondiente factor 1 (Hogar y bienestar Económico)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 4                        | 21   |
| 5                        | 25   |
| 6                        | 28   |
| 7                        | 32   |
| 8                        | 34   |
| 9                        | 37   |
| 10                       | 39   |
| 11                       | 41   |
| 12                       | 44   |
| 13                       | 47   |
| 14                       | 50   |
| 15                       | 53   |
| 16                       | 56   |
| 17                       | 60   |
| 18                       | 63   |
| 19                       | 67   |
| 20                       | 87   |

Tabla 4. Normas para los puntajes T correspondiente factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad)

| <b>Puntaje Directo</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|------------------------|--|
| 4                      | 21   |
| 5                      | 23   |
| 6                      | 25   |
| 7                      | 28   |
| 8                      | 31   |
| 9                      | 35   |
| 10                     | 38   |
| 11                     | 40   |
| 12                     | 44   |
| 13                     | 47   |
| 14                     | 50   |
| 15                     | 54   |
| 16                     | 57   |
| 17                     | 61   |
| 18                     | 65   |
| 19                     | 70   |
| 20                     | 87   |

Tabla 5. Normas para los puntajes T correspondiente factor 3 (Vida familiar y familia extensa)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 3                        | 21   |
| 4                        | 23   |
| 5                        | 28   |
| 6                        | 62   |
| 7                        | 35   |
| 8                        | 37   |
| 9                        | 40   |
| 10                       | 44   |
| 11                       | 47   |
| 12                       | 51   |
| 13                       | 55   |
| 14                       | 61   |
| 15                       | 87   |



Tabla 6. Normas para los puntajes T correspondiente factor 4 (Educación y ocio)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 3                        | 23   |
| 4                        | 27   |
| 5                        | 31   |
| 6                        | 35   |
| 7                        | 37   |
| 8                        | 42   |
| 9                        | 46   |
| 10                       | 50   |
| 11                       | 54   |
| 12                       | 58   |
| 13                       | 63   |
| 14                       | 68   |
| 15                       | 87   |

Tabla 7. Normas para los puntajes T correspondiente factor 5 (Medios de Comunicación)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 3                        | 29   |
| 4                        | 30   |
| 5                        | 32   |
| 6                        | 37   |
| 7                        | 42   |
| 8                        | 45   |
| 9                        | 49   |
| 10                       | 53   |
| 11                       | 57   |
| 12                       | 60   |
| 13                       | 64   |
| 14                       | 67   |
| 15                       | 67   |

Tabla 8. Normas para los puntajes T correspondiente factor 6 (Religión)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 2                        | 29   |
| 3                        | 32   |
| 4                        | 36   |
| 5                        | 42   |
| 6                        | 48   |
| 7                        | 53   |
| 8                        | 60   |
| 9                        | 66   |
| 10                       | 87   |

Tabla 9. Normas para los puntajes T correspondiente factor 7 (Salud)

| <b>Puntajes Directos</b> | <b>Puntaje estandarizados normalizados</b> |
|--------------------------|--|
| 2                        | 24   |
| 3                        | 27   |
| 4                        | 33   |
| 5                        | 38   |
| 6                        | 44   |
| 7                        | 50   |
| 8                        | 56   |
| 9                        | 64   |
| 10                       | 87   |

Tabla 10. Formas para los puntajes totales de la escala de calidad de vida.

| <b>Puntaje Directo</b> | <b>Puntajes T estandarizado muestra Total</b> | <b>Puntajes T Varones</b> | <b>Puntajes T Mujeres</b> | <b>Puntajes T Nivel socio económico Medio</b> | <b>Puntajes T Nivel Socio Económico bajo</b> |
|------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---|--|
| 42                     | 21  | 23                        | 23                        | 23  | 23   |
| 43                     | 21  | 23                        | 23                        | 23  | 23   |
| 44                     | 21  | 23                        | 23                        | 23  | 23   |
| 45                     | 23  | 23                        | 23                        | 23  | 25   |
| 46                     | 23  | 23                        | 23                        | 23  | 25   |
| 47                     | 23  | 23                        | 23                        | 23  | 25   |
| 48                     | 23  | 23                        | 23                        | 23  | 25   |
| 49                     | 23  | 23                        | 23                        | 23  | 25   |
| 50                     | 24  | 26                        | 23                        | 23  | 25   |
| 51                     | 24  | 26                        | 23                        | 23  | 25   |
| 52                     | 26  | 27                        | 25                        | 23  | 28   |
| 53                     | 26  | 27                        | 25                        | 23  | 28   |
| 54                     | 26  | 27                        | 25                        | 23  | 28   |
| 55                     | 27  | 28                        | 27                        | 23  | 30   |
| 56                     | 29  | 28                        | 30                        | 23  | 32   |
| 57                     | 30  | 28                        | 30                        | 23  | 32   |
| 58                     | 30  | 28                        | 30                        | 23  | 32   |
| 59                     | 30  | 29                        | 31                        | 23  | 33   |
| 60                     | 32  | 31                        | 32                        | 23  | 35   |
| 61                     | 32  | 31                        | 32                        | 23  | 35   |
| 62                     | 32  | 31                        | 32                        | 23  | 35   |
| 63                     | 33  | 32                        | 33                        | 23  | 36   |
| 64                     | 33  | 33                        | 34                        | 25  | 36   |
| 65                     | 34  | 33                        | 34                        | 25  | 37   |
| 66                     | 34  | 33                        | 35                        | 25  | 37   |
| 67                     | 35  | 34                        | 36                        | 25  | 39   |
| 68                     | 35  | 35                        | 36                        | 25  | 39   |
| 69                     | 36  | 36                        | 36                        | 27  | 39   |
| 70                     | 37  | 37                        | 37                        | 30  | 40   |
| 71                     | 37  | 37                        | 37                        | 31  | 41   |
| 72                     | 38  | 38                        | 38                        | 31  | 42   |
| 73                     | 39  | 38                        | 39                        | 32  | 42   |
| 74                     | 39  | 39                        | 39                        | 33  | 43   |
| 75                     | 39  | 39                        | 39                        | 33  | 43   |

| <b>Puntaje Directo</b> | <b>Puntajes T estandarizado muestra Total</b> | <b>Puntajes T Varones</b> | <b>Puntajes T Mujeres</b> | <b>Puntajes T Nivel socio económico Medio</b> | <b>Puntajes T Nivel Socio Económico bajo</b> |
|------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---|--|
| 76                     | 40  | 40                        | 40                        | 34  | 43   |
| 77                     | 41  | 41                        | 41                        | 35  | 45   |
| 78                     | 42  | 42                        | 41                        | 36  | 45   |
| 79                     | 42  | 42                        | 42                        | 36  | 46   |
| 80                     | 43  | 43                        | 43                        | 37  | 47   |
| 81                     | 44  | 43                        | 44                        | 38  | 48   |
| 82                     | 45  | 44                        | 45                        | 39  | 48   |
| 83                     | 45  | 45                        | 45                        | 41  | 49   |
| 84                     | 46  | 45                        | 46                        | 41  | 50   |
| 85                     | 46  | 46                        | 47                        | 42  | 50   |
| 86                     | 47  | 46                        | 48                        | 43  | 51   |
| 87                     | 48  | 47                        | 49                        | 44  | 52   |
| 88                     | 49  | 48                        | 50                        | 45  | 53   |
| 89                     | 50  | 49                        | 51                        | 46  | 54   |
| 90                     | 50  | 49                        | 51                        | 47  | 54   |
| 91                     | 51  | 50                        | 52                        | 47  | 55   |
| 92                     | 52  | 51                        | 53                        | 48  | 56   |
| 93                     | 53  | 52                        | 53                        | 49  | 56   |
| 94                     | 54  | 53                        | 54                        | 51  | 57   |
| 95                     | 55  | 54                        | 55                        | 52  | 58   |
| 96                     | 56  | 55                        | 56                        | 53  | 59   |
| 97                     | 57  | 56                        | 57                        | 54  | 60   |
| 98                     | 58  | 57                        | 59                        | 55  | 61   |
| 99                     | 59  | 57                        | 60                        | 56  | 62   |
| 100                    | 59  | 58                        | 61                        | 57  | 62   |
| 101                    | 60  | 59                        | 62                        | 58  | 63   |
| 102                    | 61  | 60                        | 62                        | 59  | 64   |
| 103                    | 62  | 61                        | 63                        | 60  | 64   |
| 104                    | 63  | 61                        | 64                        | 61  | 64   |
| 105                    | 63  | 62                        | 65                        | 62  | 65   |
| 106                    | 64  | 63                        | 66                        | 63  | 66   |
| 107                    | 66  | 63                        | 69                        | 64  | 68   |
| 108                    | 67  | 64                        | 70                        | 65  | 68   |
| 109                    | 67  | 64                        | 72                        | 66  | 69   |
| 110                    | 69  | 66                        | 73                        | 67  | 70   |
| 111                    | 70  | 67                        | 73                        | 68  | 71   |

| <b>Puntaje Directo</b> | <b>Puntajes T estandarizado muestra Total</b> | <b>Puntajes T Varones</b> | <b>Puntajes T Mujeres</b> | <b>Puntajes T Nivel socio económico Medio</b> | <b>Puntajes T Nivel Socio Económico bajo</b> |
|------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---|--|
| 112                    | 70  | 68                        | 73                        | 69  | 72   |
| 113                    | 72  | 70                        | 73                        | 70  | 73   |
| 114                    | 72  | 71                        | 73                        | 71  | 73   |
| 115                    | 73  | 73                        | 73                        | 72  | 75   |
| 116                    | 75  | 77                        | 73                        | 73  | 77   |
| 117                    | 76  | 87                        | 73                        | 73  | 87   |
| 118                    | 76  | 87                        | 73                        | 73  | 87   |
| 119                    | 77  | 87                        | 75                        | 75  | 87   |
| 120                    | 77  | 87                        | 75                        | 75  | 87   |
| 121                    | 87  | 87                        | 87                        | 87  | 87   |

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Procesamiento de los resultados

Después de reunir la información se procedió a lo siguiente:

- Se comienza Tabular la información, codificarla y transmitirla a una base de datos computarizada (MS Excel 2016 y IBM SPSS Statistics versión 22)
- Se determinó la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes) de los datos del instrumento de investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor Máximo y mínimo

Media Aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum^{n} Xi}{n}$$



#### 4.2. Presentación de resultados

Tabla 11. Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación de Calidad de Vida

|           |       |
|-----------|-------|
| Nº Válido | 30    |
| Perdidos  | 0     |
| Media     | 68,33 |
| Mínimo    | 52    |
| Máximo    | 89    |

El estudio realizado con 30 pacientes diagnosticados con tuberculosis, en un centro de salud de chorrillos, sobre calidad de vida tiene como interpretación los siguientes datos:

Una media de 68,33 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un valor mínimo de 52 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un valor máximo de 89 que se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”

Tabla 12. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes de calidad vida.

|           | Hogar y Bienestar Económico | Amigos, Vecindario y Comunidad | Vida Familiar y Familia extensa | Educación y Ocio | Medios de Comunicación | Religión | Salud |
|-----------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------------|----------|-------|
| Nº Válido | 30                          | 30                             | 30                              | 30               | 30                     | 30       | 30    |
| Perdidos  | 0                           | 0                              | 0                               | 0                | 0                      | 0        | 0     |
| Media     | 12,13                       | 11,93                          | 12,60                           | 8,60             | 11,30                  | 6,67     | 5,10  |
| Mínimo    | 6                           | 8                              | 8                               | 6                | 8                      | 2        | 3     |
| Máximo    | 20                          | 16                             | 15                              | 12               | 15                     | 8        | 7     |

Correspondiente a los factores que abarcan en calidad vida, se pueden observar los siguientes resultados:

- En el factor hogar y bienestar económico se observa:  
 Una media de 12,13, que se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”  
 Un mínimo de 6 que se categoriza como “Mala calidad de vida”  
 Un máximo de 20 que se categoriza como “calidad de vida óptima”
- En el factor amigos vecindario y comunidad se observa:  
 Una media de 11,93 que se categoriza como “tendencia a baja calidad de vida”  
 Un mínimo de 8 que se categoriza como “Mala calidad de vida”  
 Un máximo de 16 que se categoriza como “tendencia a calidad de vida buena”
- En el factor vida familiar y familia extensa se observa:  
 Una media de 12,6 que se categoriza como “tendencia a calidad de vida buena”

Un mínimo de 8 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un máximo de 15 que se categoriza como “calidad de vida óptima”

- En el factor educación y ocio se observa:

Una media de 8,60 que se categoriza como “tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo de 6 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un máximo de 12 que se categoriza como “tendencia a calidad de vida buena”

- En el factor medios de comunicación Se observa:

Una media de 11,30 que se categoriza como “tendencia a calidad de vida buena”

Un mínimo de 8 que se categoriza como “tendencia a baja calidad de vida”

Un máximo de 15 que se categoriza como “calidad de vida óptima”

- En el factor religión Se observa:

Una media de 6,67 que se categoriza como “tendencia a baja calidad de vida”

Un mínimo de 2 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un máximo de 8 se categoriza como “tendencia a calidad de vida buena”

- En el factor salud Se observa:

Una media de 5,10 que se categoriza como “Mala calidad de vida buena”

Un mínimo de 3 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un máximo de 7 se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”

Tabla 13. Resultados del nivel de calidad de vida.

|                                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mala calidad de vida             | 23         | 76,7       | 76,7              | 76,7                 |
| Tendencia a baja calidad de vida | 7          | 23,3       | 23,3              | 100,0                |
| Total                            | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza como “Mala calidad de vida”, obteniéndose los siguientes resultados:

El 76.7 %, se categoriza como “Mala calidad de vida”

El 23.3 %, se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”.

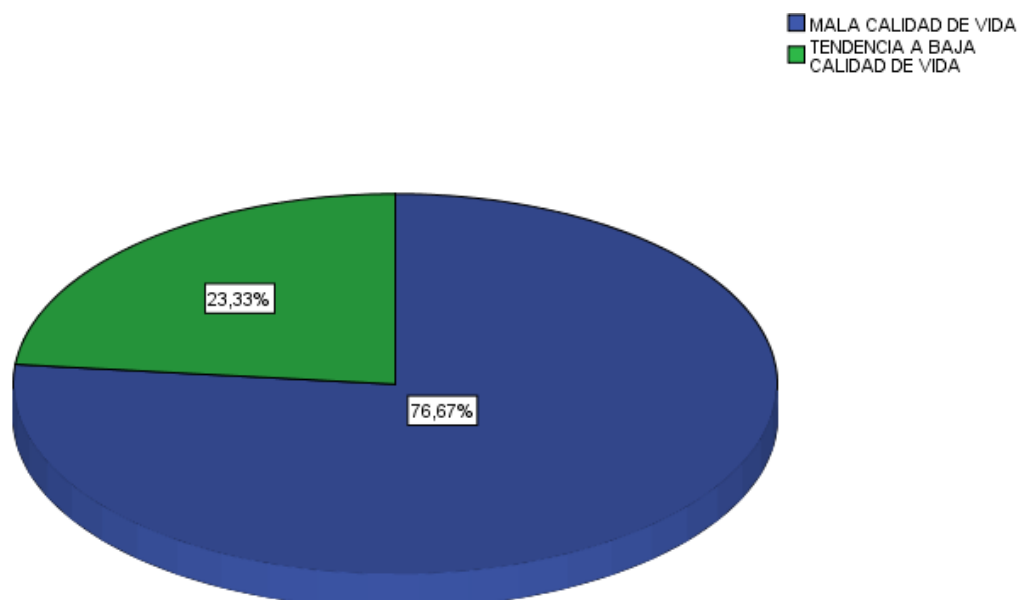


Figura 1. Resultados del nivel de calidad de vida.

**Comentario:**

El nivel de la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza como “Mala calidad de vida”, obteniéndose los siguientes resultados:

El 76.7 %, se categoriza como “Mala calidad de vida”

El 23.3 %, se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”.

En relación a los resultados mencionados, a continuación, tenemos una vista a las tablas estadísticas para poder observar el alto índice, que refiere a las categorías de la escala calidad de vida y sus respectivos factores.

Tabla 14. Nivel de hogar y bienestar económico

Resultados del Nivel hogar y bienestar económico de la escala de calidad de vida

|                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mala calidad de vida              | 12         | 40,0       | 40,0              | 40,0                 |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 10         | 33,3       | 33,3              | 73,3                 |
| Tendencia a buena calidad de vida | 6          | 20,0       | 20,0              | 93,3                 |
| Calidad de vida optima            | 2          | 6,7        | 6,7               | 100,0                |
| Total                             | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de Vida **Hogar y Bienestar Económico** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública el distrito de Chorrillos, se categoriza “Mala calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 40.0%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 33.3%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 20.0%, se categoriza “tendencia a calidad de vida buena”
- El 6.7%, se categoriza “Calidad de vida óptima”

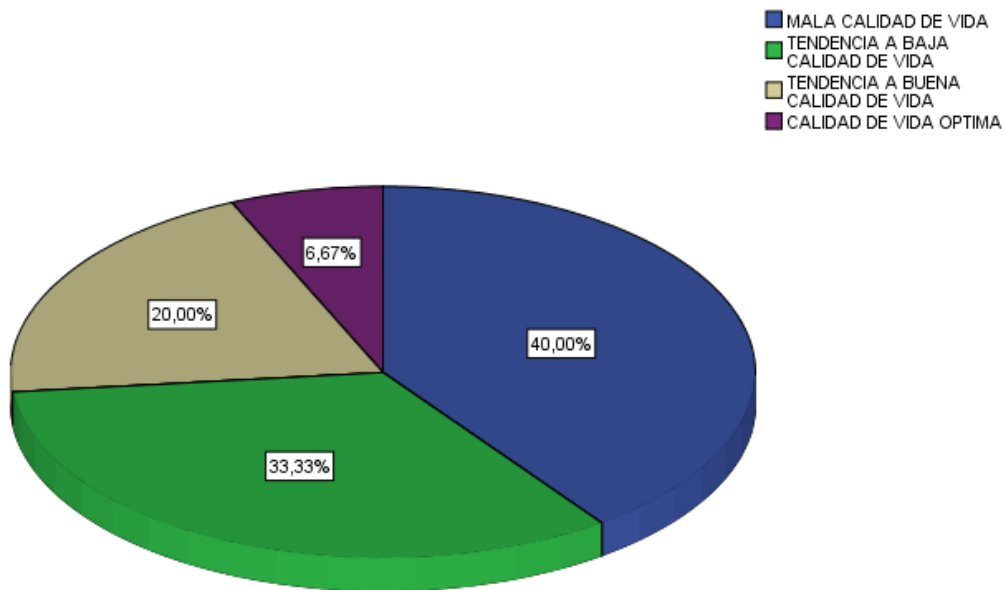


Figura 2 . Resultados de la Calidad de vida en hogar y bienestar económico

**Comentario:**

El nivel de Calidad de Vida **Hogar y Bienestar Económico** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Mala calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 40.0%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 6.7%, se categoriza “Calidad de vida óptima”

Tabla 15. Nivel de amigos vecindario y comunidad

Resultados del Nivel de amigos, vecindario y comunidad de la vida

|                                      | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|--------------------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Mala calidad de vida                 | 6          | 20,0       | 20,0                 | 20,0                    |
| Tendencia a baja<br>calidad de vida  | 22         | 73,3       | 73,3                 | 93,3                    |
| Tendencia a buena<br>calidad de vida | 2          | 6,7        | 6,7                  | 100,0                   |
| Total                                | 30         | 100,0      | 100,0                |                         |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de **Amigos Vecindario y Comunidad** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se considera “Tendencia a baja calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 73.3%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 20.0%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 6.7%, se categoriza “Tendencia a buena calidad vida”



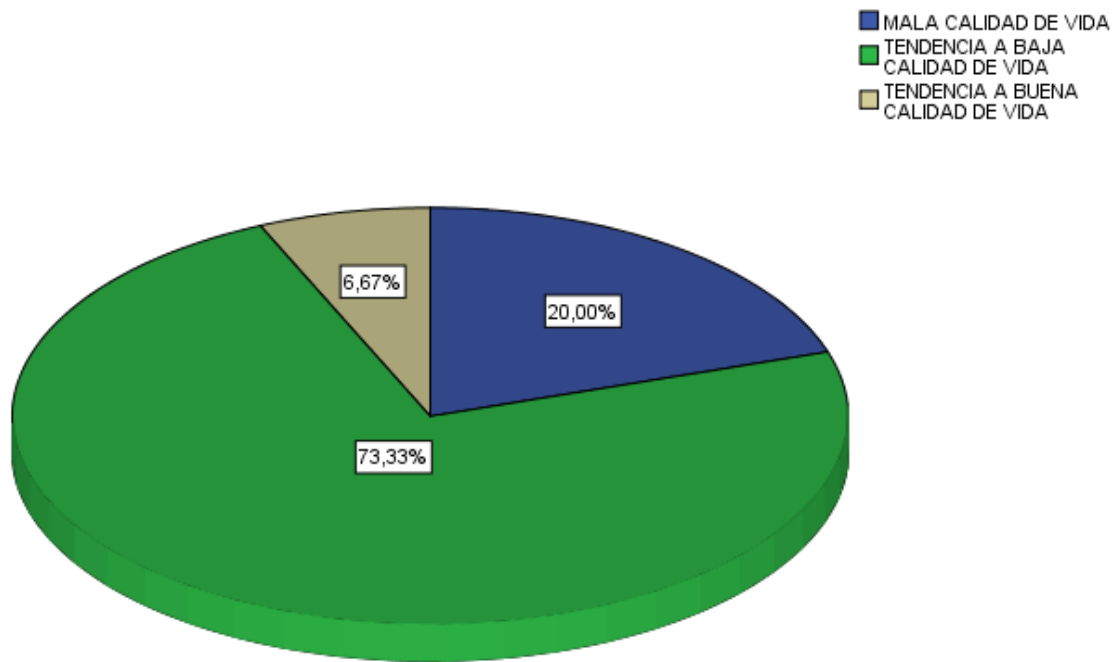


Figura 3 . Resultados de la Calidad de vida en el factor Amigos Vecindario y comunidad

Comentario:

El nivel de Calidad de Amigos Vecindario y Comunidad en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se considera “Tendencia a baja calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 73.3%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 6.7%, se categoriza “Tendencia a buena calidad vida”.

Tabla 16. Nivel de vida familiar y familiar extensa

Resultados del Nivel de vida familiar y familiar extensa de la escala de calidad de vida.

|                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mala calidad de vida              | 1          | 3,3        | 3,3               | 3,3                  |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 7          | 23,3       | 23,3              | 26,7                 |
| Tendencia a buena calidad de vida | 12         | 40,0       | 40,0              | 66,7                 |
| Calidad de vida optima            | 10         | 33,3       | 33,3              | 100,0                |
| Total                             | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de Vida familiar y familia extensa en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 40.0%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 33.3%, se categoriza “Calidad de vida Optima”
- El 23.3%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 3.3% se categoriza “Mala calidad de vida”

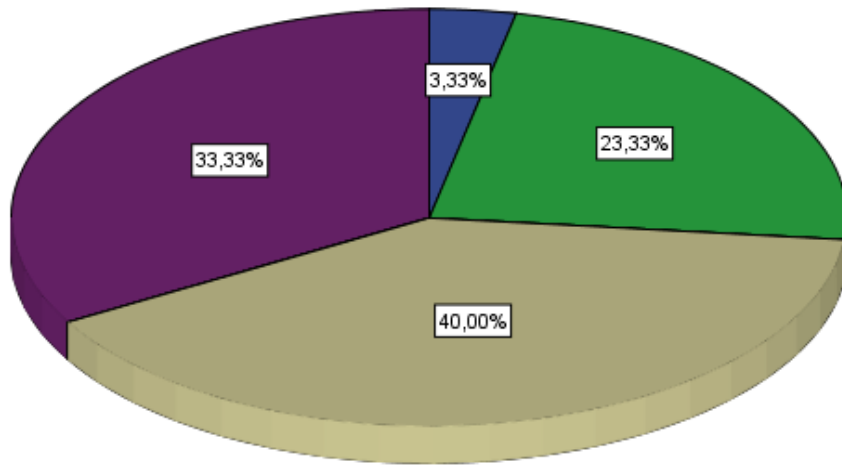
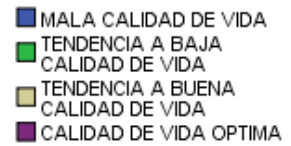


Figura 4 Resultados de la Calidad de vida de vida familiar y familia extensa.

Comentario:

El nivel de Calidad de Vida de vida familiar y familia extensa en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 40.0%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 3.3% se categoriza “Mala calidad de vida”

Tabla 17. Nivel de educación y ocio

Resultados del Nivel de educación y ocio de la escala de calidad de vida.

|                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mala calidad de vida              | 7          | 23,3       | 23,3              | 23,3                 |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 18         | 60,0       | 60,0              | 83,3                 |
| Tendencia a buena calidad de vida | 5          | 16,7       | 16,7              | 100,0                |
| Total                             | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de **Educación y ocio** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 60.0%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 23.3%, se categoriza “Mala Calidad de vida”
- El 16.7%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”

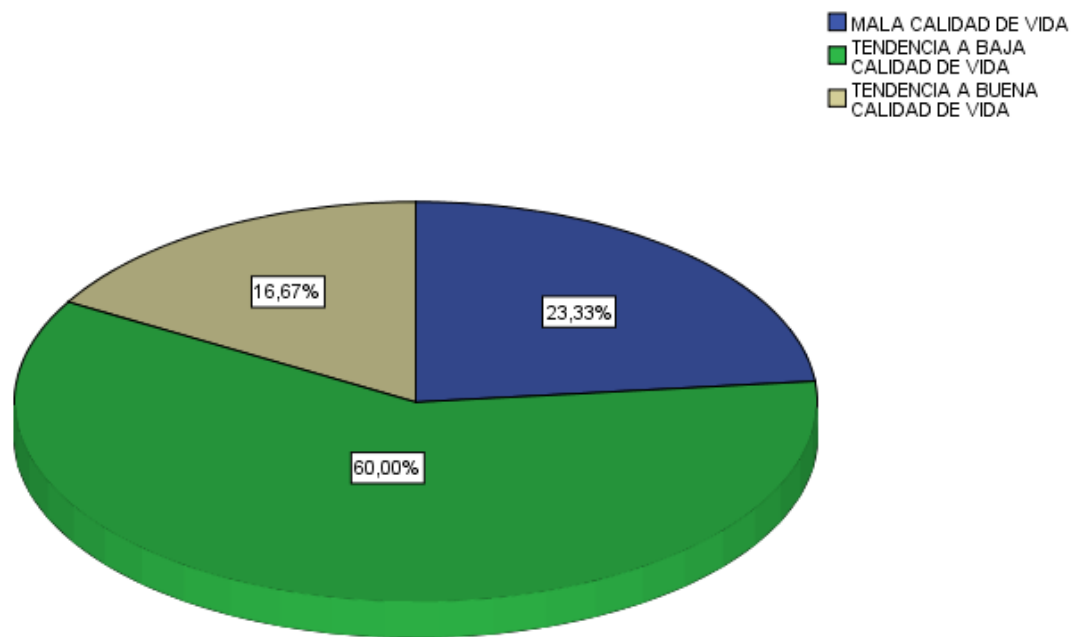


Figura 5. Resultados de la Calidad de vida en el educación y ocio.

Comentario:

El nivel de Calidad de Educación y ocio en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 60.0%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 16.7%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”

Tabla 18. Nivel de medios de comunicación.

Resultados del Nivel de medios de comunicación de la escala de calidad de vida

|                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Tendencia a baja calidad de vida  | 5          | 16,7       | 16,7              | 16,7                 |
| Tendencia a buena calidad de vida | 16         | 53,3       | 53,3              | 70,0                 |
| Calidad de vida optima            | 9          | 30,0       | 30,0              | 100,0                |
| Total                             | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de **Medios de comunicación** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 53.3%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 30.0%, se categoriza “Calidad de vida óptima”
- El 16.7%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”

TENDENCIA A BAJA CALIDAD DE VIDA  
TENDENCIA A BUENA CALIDAD DE VIDA  
CALIDAD DE VIDA OPTIMA

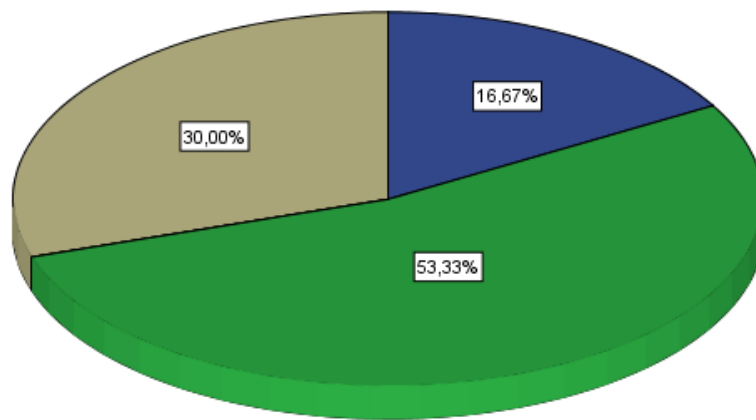


Figura 6. Resultados de la Calidad de vida de medios de comunicación.

Comentario:

El nivel de Calidad de medios de comunicación en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 53.3%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 16.7%, se categoriza “Tendencia a baja calidad de vida”

Tabla 19. Nivel de religión.

Resultados del Nivel de religión de la escala de calidad de vida.

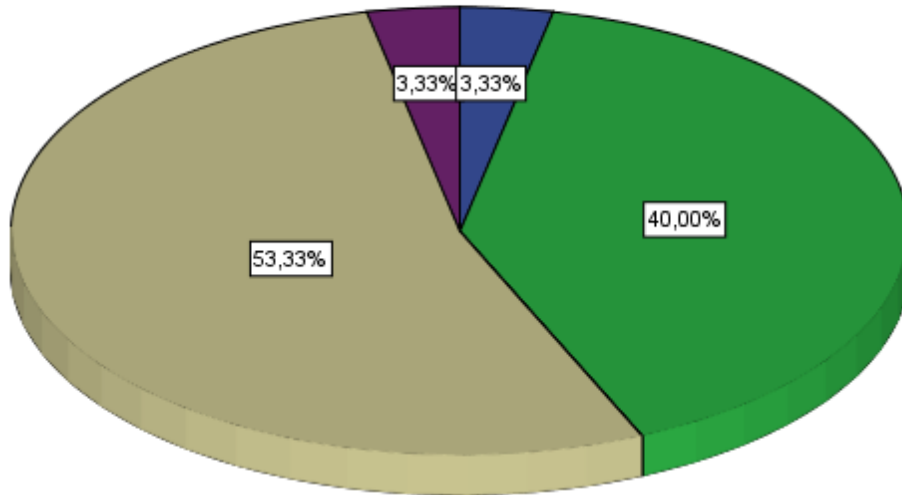
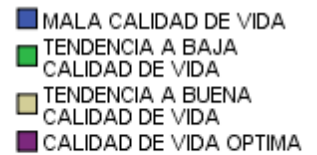
|                                   | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Mala calidad de vida              | 1          | 3,3        | 3,3                  | 3,3                     |
| Tendencia a baja calidad de vida  | 12         | 40,0       | 40,0                 | 43,3                    |
| Tendencia a buena calidad de vida | 16         | 53,3       | 53,3                 | 96,7                    |
| Calidad de vida optima            | 1          | 3,3        | 3,3                  | 100,0                   |
| Total                             | 30         | 100,0      | 100,0                |                         |

**Comentario:**

El nivel de Calidad de vida **en religión** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 53.3%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 40.0%, se categoriza “tendencia a baja Calidad de vida”
- El 3.3%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 3.3%, se categoriza “calidad de vida óptima”





*Figura 7. Resultados de la Calidad de vida en Religión*

Comentario:

El nivel de Calidad de vida en religión en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 53.3%, se categoriza “Tendencia a buena calidad de vida”
- El 3.3%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 3.3%, se categoriza “calidad de vida óptima”

Tabla 20. Nivel de salud.

Resultados del Nivel de salud de la escala de calidad de vida.

|                                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mala calidad de vida             | 20         | 66,7       | 66,7              | 66,7                 |
| Tendencia a baja calidad de vida | 10         | 33,3       | 33,3              | 100,0                |
| Total                            | 30         | 100,0      | 100,0             |                      |

**Comentario:**

El nivel de **Calidad de religión** en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Mala calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 66.7%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 33.3%, se categoriza “Tendencia a baja Calidad de vida”

■ MALA CALIDAD DE VIDA  
■ TENDENCIA A BAJA CALIDAD DE VIDA

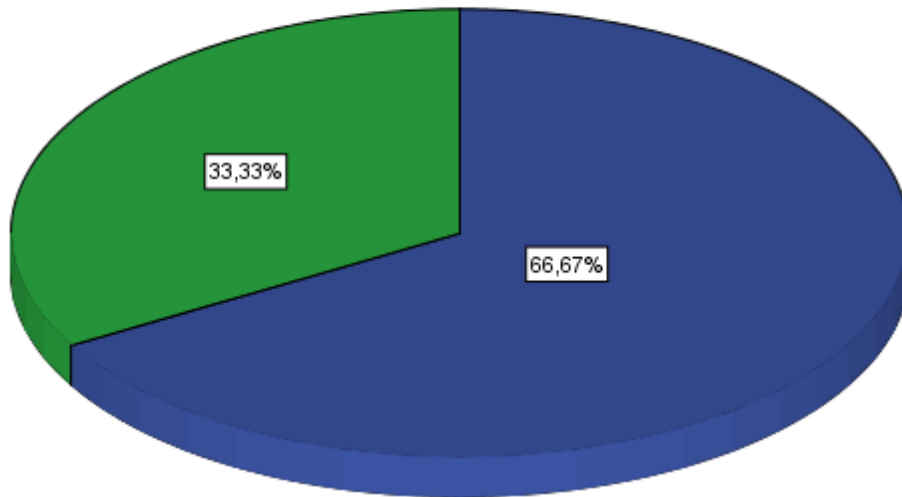


Figura 8. Resultados de la Calidad de vida en Salud

Comentario:

El nivel de Calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, se categoriza “Mala calidad de vida”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 66.7%, se categoriza “Mala calidad de vida”
- El 33.3%, se categoriza “Tendencia a baja Calidad de vida”

### 4.3. Análisis y discusión de los resultados

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis que asisten a un centro de salud pública de Chorrillos, contando con 30 pacientes para la evaluación con la escala de calidad de vida, fue creado por los autores David Olson y Howard Barnes, en 1982, prueba que fue adaptado por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo(2003) Perú.

Obteniendo como resultado mala calidad de vida en un 66.7% de indicando que los pacientes perciben un ambiente familiar disfuncional. Por otro lado, de obtiene un 33.3% con una categoría de “tendencia a baja calidad vida”, indicando que perciben un ambiente familiar con carencias comunicacionales y de desarrollo personal y grupal dentro de la familia.

Estos resultados fueron comparados con el trabajo de investigación de Vanessa Velarde (2018), de Perú. La investigación estudia los “niveles de calidad de vida de los pacientes que asisten al Hospital Arzobispo Loayza en el área de Psicología”, **la muestra fue de 50 pacientes.** El instrumento utilizado fue la **Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes** adaptado por Miriam Grimaldo, esta prueba mide siete aspectos, Hogar y bienestar económico, Amigos, vecindario y comunidad, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud. En los resultados obtenidos se observó que existe **un 79.59% de los pacientes evaluados posee una Mala calidad de vida, un 6,12% tendencia a calidad de vida buena.**

En las dimensiones de Hogar y Bienestar Económico 53,06% mala calidad de Vida. Y en Salud un 48,98% baja Calidad de Vida.

#### 4.4 Conclusiones

- El nivel de hogar y bienestar económico que predomina en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Mala calidad de vida”**
- El nivel de amigos, vecindario y comunidad que prevalece en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Tendencia a baja calidad de vida”**
- El nivel de vida familiar y familia extensa que prevalecen los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Tendencia a buena calidad de vida”**
- El nivel de educación y ocio que prevalece en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Tendencia a baja calidad de vida”**

El nivel de medios de comunicación que prevalece en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Tendencia a buena calidad de vida”**

El nivel de religión que prevalece en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel **“Tendencia a buena calidad vida”**

El nivel de salud que prevalece en los pacientes diagnosticados con tuberculosis en una Institución Pública del distrito de Chorrillos, se encuentra en el nivel de **“Mala calidad de vida”**

#### **4.5. Recomendaciones**

1.-Diseñar un programa de intervención para mejorar la calidad de vida de los pacientes con TBC.

2.- Se debe identificar a los pacientes con TBC que obtuvieron resultados desborrables para una intervención oportuna.

3.- Implementar en el área de Psicología el programa de intervención gratuito en favor de los pacientes.

4.- Implementar la evaluación de la Calidad de Vida en el departamento de Psicología para evaluar a los pacientes que acuden al programa.

## CAPITULO V

### PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

#### PROPUESTA

##### 5.1. Denominación del programa

“Vivir con mejor calidad de vida”.

##### 5.2. Justificación del programa

El presente programa de intervención se trabajará en base a los resultados obtenidos sobre calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento de TBC. En la dimensión de Hogar y Bienestar Económico se encontraron en un nivel de “Mala calidad de vida” .En la dimensión nivel de Amigos, Vecindario y Comunidad se encontraron en un nivel de “Tendencia a baja calidad de vida”. En la dimensión de Salud se encontraron en un nivel de “Mala calidad de vida.

Enfocándonos en los resultados desfavorables de calidad de vida que presentan, se requiere otorgar a los pacientes las herramientas necesarias para que mejoren las condiciones de vida, recuperación personal; así mismo también se considera importante trabajar con la familia, para brindarles tanto apoyo psicológico y en aspectos básicos y necesarios para la recuperación de sus familiares con TBC.

La labor del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario de salud es importante ya que va a permitir una intervención que alivie sus frustraciones, emociones negativas, con respecto a su enfermedad y poder tener una recuperación; así mismo como reinsertarse a su medio laboral y de esta manera mejorar su salud física y mental.

Éste programa será de gran importancia, porque ayudará a las personas a tomar conciencia de su enfermedad. La finalidad no es sentirse perfecto, sino poder manejarse con mayor racionalidad para evitar sufrimientos y recaídas. Se

Recuerda que es para mejorar su salud y vivir con una mejor calidad de vida.

### **5.3. Establecimiento de objetivos**

#### **5.3.1. Objetivo general**

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con el tratamiento de tuberculosis en un centro de Salud de Chorrillos.

#### **5.3.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Enseñar el manejo de las emociones, la relación que hay entre emoción y pensamiento; así mismo como influye en nuestra conducta.
- ✓ Fortalecer la autoestima en los pacientes con TBC, para que logren mejor adaptación a la enfermedad y logren el equilibrio emocional.
- ✓ Fortalecer la unidad familiar, para que los pacientes con TBC se sientan más confiados y motivados para culminar su tratamiento; así mismo recuperarse muy pronto para poder reinsertarse a su vida cotidiana.

### **5.4. Sector al que se dirige**

Este programa está dirigido a los pacientes diagnosticados con tuberculosis, atendidos en un centro de salud de salud pública del distrito de Chorrillos, que no tienen una buena calidad de vida, porque presentan un mal estilo de vida en los diferentes aspectos de su vida, observando además que llevan otras enfermedades como la diabetes, depresión y ansiedad etc.

### **5.5. Establecimiento de conductas problemas/metás**

Los pacientes diagnosticados con TBC están propensos a sufrir problemas de salud mental. Algunos presentan diabetes, ansiedad a medida que pasan los meses en el tratamiento es preocupante para ellos.

Los jóvenes presentan problemas de frustración e intolerancia ante mínimas dificultades, además se encuentran faltos de paciencia y mal humor por no sentirse sano y algunos no cuentan con apoyo familiar.



Por otro lado, algunos jóvenes indicaron ser estudiantes y llevan un desorden alimenticio debido al trabajo.

En cuanto a los adultos se observó la incidencia en el desorden alimenticio por el tipo de trabajo, como es el caso de taxistas, carpinteros y albañiles, llevan un desorden alimenticio.

En cuanto a las madres de familia solteras, cuentan con apoyo mínimo o nada del padre de sus hijos, y/o de sus hijos mayores; así mismo alejamiento de sus hijos y nietos.

A nivel de salud se ubican en una categoría desfavorable o mala, esto producido por el desmejoramiento de su salud, tanto a nivel sensorial como orgánico.

Los padres de familia indicaron sentir insatisfacción debido a que no tienen capacidad adecuada para cubrir completamente los gastos de la alimentación familiar, las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia entre otros. Así mismo algunos presentan otras enfermedades como la diabetes y refieren querer curarse muy pronto para volver con sus actividades cotidianas.

A nivel de su religión, la gran mayoría manifestó ser católicos no apostólicos, no se sienten muy identificados con Dios, el tiempo que le brinda a Dios es mínimo.

Después de desarrollarse este programa se buscaría conseguir que los pacientes logren:

- ✓ EL bienestar emocional durante y después del tratamiento, se recuperarían pronto si participan en diferentes actividades, como salir a pasear, escuchar música, ir al cine, leer libros, interactuar con su familia.
- ✓ Fortalecer los lazos familiares mediante la comunicación y mantengan un buen estado de ánimo. Aprendan el manejo de emociones para evitar las frustraciones.

- ✓ Disminuyan los niveles de preocupación, mostrándoles cómo pensar en resolver lo que les agobia.

## **5.6. Metodología de la intervención**

La ejecución del programa se llevará a cabo en el patio, del Centro de Salud a través de una serie de talleres, juegos y técnicas de relajación enfocadas en los resultados de la investigación, de acuerdo a las dimensiones de calidad de vida. Las actividades estarán programadas para desarrollarse en 8 sesiones.

Se llevará a cabo teniendo en cuenta la participación de los pacientes, no sólo escucharán información instructiva, sino que cada uno expondrá su problema y se le pedirá como podrían solucionarlo; así mismo se dialogará en cada sesión, pidiendo de ser necesario en el caso que se requiera.

Así mismo presentará el programa, los contenidos a desarrollar será de la siguiente manera: La duración será de 8 sesiones, el trabajo a realizarse con los pacientes será de una vez por semana, el tiempo por cada sesión será de 40 y 45 minutos dividiéndose éste trabajo en 4 grupos de 8 integrantes.

## **5.7. Instrumentos/material a utilizar**

Los materiales que se requieren para éstas 8 sesiones son:

- Sillas
- Hojas bond
- Folder
- Papelógrafos
- Plumones múltiples, colores múltiples
- Lápices.
- Bocaditos
- Pelotas de trapo

- Globos de relajación
- Radio

## **5.8. Actividades por sesion**

### **SESIÓN 1:**

A) Actividad 1: Presentación del programa.

B) Objetivo: Dar a conocer los objetivos del programa - Formular las normas de convivencia que permitan el desarrollo del programa.

C) Procedimiento:

El psicólogo se presentará diciendo su nombre y apellidos; así mismo presentará el programa, los contenidos a desarrollar será de la siguiente manera: La duración será de 8 sesiones, el trabajo a realizarse con los pacientes será de una vez por semana, el tiempo por cada sesión será de 40 y 45 minutos dividiéndose este trabajo en grupos de 8 contando cada grupo con 4 integrantes.

Así mismo establecerá las normas de convivencia y motivará a la participación de todos los integrantes. Las principales normas son: llegar puntualmente a cada sesión, levantar la mano para participar, respetar la opinión del compañero y además asistir con ropa ligera, para participar cómodamente en las dinámicas. El objetivo es culminar satisfactoriamente este programa.

Duración: 20 minutos.

Materiales: pizarra

A) Actividad 2: Dinámica de presentación de los participantes.

B) Objetivo específico: Integración de los participantes, Identificación de actividades gratificantes.

C) Procedimiento: Entrar en Rapport, crear un espacio asertivo y alegre

El encargado de la técnica llamará a todos los participantes y entregará una pelota de trapo a un participante.

Luego el participante que tenga la pelota dirá su nombre y tirará al compañero de lado y este repetirá el primer nombre y su propio nombre.

Este paso se repetirá hasta llegar al último participante.

Duración: 20 minutos.

Materiales: pelota de trapo.

Cierre: Se culminará la clase, agradeciendo la participación de todos con fuerte abrazo y se invitará asistir con ropa ligera la próxima clase para participar cómodamente en las dinámicas.

## **SESIÓN 2:**

A) Actividad: Identificación de actividades gratificantes, aprendizaje de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

B) Objetivo específico: Recuperar actividades agradables, disminuir la activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular.

C) Procedimiento: Descripción de la sesión.

Se iniciará la sesión dando la bienvenida a los participantes por su asistencia y puntualidad. Se empezará explicando que una actividad gratificante es una técnica cognitiva-conductual que consiste en recuperar actividades agradables pasadas, podrían ser actividades sociales y el ejercicio físico.

Así mismo la finalidad de esta técnica será contrarrestar ciertas conductas problemas que presentaban los pacientes con tuberculosis, tales como el bajo estado de ánimo, la falta de motivación, tristeza, sentirse inútil.

Se procederá formar grupos, para saber qué actividades gratificantes le generaban placer a cada uno de ellos anteriormente. Ejemplo: les gustaba ir al cine, ir a las fiestas, realizar ejercicios, pasear, escuchar música.

Se procederá formar grupos, para saber qué actividades gratificantes le generaban placer a cada uno de ellos anteriormente. Ejemplo: les gustaba ir al cine, ir a las fiestas, realizar ejercicios, pasear, escuchar música.

Luego de tener en cuenta las actividades que le generaban placer, se les asignará dos tareas gratificantes (ir al cine y realizar ejercicios), deberían realizarlo durante la semana y comentarnos que sensación tuvieron en la próxima sesión.

Siguiendo con el Programa, el profesional realizará un modelado de la relajación muscular, invitando a cada uno realizarlo repitiendo 3 veces. La técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson muscular comprende tensar y relajar los diferentes grupos musculares, comenzando por la cabeza tronco y extremidades.

Duración: 40 minutos.

Materiales: participantes

Cierre: Se indicará realizar estos ejercicios en casa acompañados con ejercicios de respiración.

### **SESIÓN 3:**

A) Actividad: Charla Psicoeducativa sobre manejo de emociones.

B) Objetivo específico: Explicar a los pacientes sobre la influencia que tienen los pensamientos en sus emociones y conductas.

La Psicóloga expondrá la importancia de conocer el manejo de nuestras emociones, la relación que hay entre emoción y pensamiento; así mismo como influye en nuestra conducta. La exposición del tema será participativa y didáctica. Así mismo se les recomendará realizar los siguientes ejercicios cuando se encuentren en situaciones frustrantes.

- Pensar en otras cosas.
- Contar hasta diez.
- Respirar lentamente.
- Pensar que nos sentiremos mejor si no nos enfadamos.
- Parar, respirar y dar vuelta.

Luego seguirá la siguiente dinámica:

Se le entregará a cada uno de los participantes materiales como globos, colores, plumones y una hoja para que dibujen una expresión que se le va a indicar. La estrategia a utilizar será en que cada participante recibirá un globo y al ritmo de la música se baila por todo el espacio, haciendo diferentes gestos, sin hablar, al parar la música formarán parejas y expresarse conjuntamente sin hablar, las expresiones que deberán de expresar son la alegría, tristeza, pena, miedo, vergüenza y así sucesivamente hasta que la mayoría hayan tenido la oportunidad de expresarse, al finalizar expresaran sus sentimientos durante la actividad y el expositor invitará a formar un círculo para realizar el Feedback de todo lo expuesto:

¿Qué fue lo que te motivó al expresar una emoción? ¿Cómo te sentiste después? ¿Qué actitud tomarías después?

Duración: 40 minutos

Materiales: globos, plumones hojas Bond, Música de fondo

Cierre:

Finalmente se les invitará a todos darse un fuerte abrazo y se dejará como tarea para la casa realizar los ejercicios recomendados sobre el tema.



#### **SESIÓN 4:**

A) Actividad: fortalecimiento de la autoestima

B) Objetivo específico: Fortalecer la autoestima en los pacientes con TBC, para que logren mejor adaptación a la enfermedad y logren el equilibrio emocional.

C) Procedimiento:

Para lograr una mejora en su autoestima, se le explicó que así como en algunas situaciones piensan que no podrían realizarlo, pues también piensen que alguna vez demostraron un buen desempeño en otras situaciones como en tanto laboral, así como en relaciones interpersonales y que estarían preparados para manejar las diferentes situaciones que se le presenten.

Para motivar y ganar confianza de los participantes:

- ✓ Se realizará la dinámica “Decir una virtud de uno mismo ...”, desarrollado en forma grupal ordenados en círculo, cada participante le dirá a su compañero que está al frente, aquella virtud. Así mismo se le pedirá a cada uno que dibujen algo bonito con aquello que les hace feliz de sí mismos. Se dará un regalo al que haya dicho la frase más bonita y significativa.
- ✓ Luego el psicólogo expondrá sobre el tema de la autoestima; así mismo recomendará ver una película de superación con el nombre de “ De la calle a Harvard “.

Esta película nos dejará una gran enseñanza, si le ponemos ganas y esfuerzo podemos lograr nuestros objetivos; así mismo a pesar de tener una enfermedad y no tener los recursos para alcanzarlo nunca dejemos de intentar, porque si lo queremos lograremos vencer. Este es el link para ver la película.

<https://youtu.be/HBq7JTXejKk>

Se recomienda leer libros de reflexión y superación personal. Por ejemplo” Pensar bien, Sentirse bien” de Walter Riso.

Duración: 40 minutos.

Materiales: globos, plumones hojas boom, regalos, leer libros, ver videos.

Cierre:

Se recomienda ver la película y leer el libro de reflexión. Se indicará invitar a un familiar para la siguiente sesión.

## **SESIÓN 5:**

- A) Actividad: Charla Psicoeducativa de comunicación asertiva y escucha activa.
- B) Objetivo: Fortalecer la unidad familiar para que los pacientes con TBC se sientan más confiados y motivados para culminar su tratamiento; así mismo tienen la necesidad de recuperarse para poder reinsertarse a su vida cotidiana.
- C) Procedimiento: Se inicia con una dinámica (Peloteando con Frases).

El Psicólogo invitará a los pacientes formar un círculo. Para comenzar la dinámica, entregará una pelota a uno de ellos, luego decir una frase instantánea lo que se les vengan a la mente, para descubrir el talento de hablar. La idea es arrojar la pelota al otro compañero y hablen por turnos hasta que todos logren ganar confianza. Ejemplo una persona dice: “La vida es muy simple”, y a continuación otro aporta “pero no nos empeñemos”, y otra continua “en hacerlo difícil”, así sucesivamente hasta cerciorarnos que todos han participado.

Luego de la dinámica se abrirá un espacio de reflexión para realizar varias preguntas que nos permitirán identificar la experiencia vivida, con respecto al objetivo antes mencionado.

¿Qué sensaciones sintieron al recibir la pelota?

¿Se sintieron presionados o incómodos al tener que decir algo?

¿Se sintió cómodo al tener que improvisar una frase en el momento?

Luego de ganar confianza con los participantes, el Psicólogo expondrá sobre la importancia de la familia. Según (Parson/Minuchi Alberdi/Flaquer) “La familia es la que te da apoyo, armonía, protección y seguridad”.

Muchas veces pasan por diferentes dificultades, por una mala comunicación o falta de atención; sin embargo podemos utilizar métodos claves para mejorar la comunicación familiar, tales como la comunicación asertiva y la escucha activa.

1) La comunicación asertiva: Es una herramienta que favorece la comunicación entre dos o más personas porque entrelaza lo que queremos decir con lo que pensamos y sentimos; además, fomenta el respeto por nuestras opiniones y respeto por las opiniones de los demás, pues muchas veces el mensaje que brindamos no es idóneamente recibido.

2) Escucha activa: Es una estrategia de la comunicación que consiste en escuchar atentamente o en otras palabras prestar atención absoluta al interlocutor para demostrar que el mensaje ha sido recibido correctamente entre los interlocutores.

Luego para terminar la Psicóloga, recomendará dar apoyo y cariño a los pacientes con tuberculosis, especialmente si asumen un carácter irritable, moderar el tono de voz o decide permanecer en silencio, porque el soporte psicológico y afectivo son claves en su recuperación.

Así mismo dará alternativas de realizar manualidades u otra actividad del agrado del paciente para mantenerse ocupado y mantener el buen ánimo. También realizar los quehaceres de la casa, caminar, conversar, ver películas, leer, realizar labores de carpintería o participar en grupos de apoyo o en asociaciones de pacientes.

Duración: 45 minutos.

Materiales: pelota de trapo.

Cierre:

Se les invitará darse un fuerte abrazo a todos y de practicar las recomendaciones dadas.

## **SESIÓN 6:**

A. Actividad: Charla Psicoeducativa de asertividad.

B. Objetivos de la sesión: Explicar en qué consiste la asertividad - Explicar estilos de comunicación pasivo, agresivo, asertivo - Lograr que identifiquen el estilo de comunicación asertivo adecuado para desenvolvernos en situaciones de la vida cotidiana-Fomentar la auto aceptación en el paciente.

C. Procedimiento: Desarrollo de la sesión:

Se iniciará la sesión con el saludo respectivo, así como preguntándole acerca de cómo estaba su estado de ánimo en esta semana. Seguidamente se procederá a explicar sobre la asertividad. Es una habilidad que empleamos las personas en donde podemos expresar con total libertad lo que pensamos y sentimos pero sin dañar a los demás, esto es muy importante para nuestro bienestar y para el modo de relacionarnos con el otro.

Para motivarlos les presentaremos la siguiente técnica: Ejemplo. "Técnica del banco de niebla", la cual es muy eficaz cuando nos insultan o critican. Es como si las palabras entraran en una nube que te protege y no resuenan en tu interior haciéndote sentir culpable o desdichado. Debe utilizarse un tono de voz sereno y reflexivo analicemos el siguiente caso:

Gladys y Lucia y son amigas.

Gladys: ¡Qué gorda estás!

Lucia (Banco de niebla): Si es verdad, podría estar más delgada

Gladys: Deberías ponerte a régimen

Lucia (Banco de niebla): Si, tal vez comiendo un poco menos estaría menos gorda.

Se pretende que aprendan esta técnica y comprueben que reduce el sentimiento de culpabilidad o ansiedad que se siente cuando te critican y te pones a la defensiva. A lo mejor, posteriormente te lo piensas y ves sus críticas de forma

positiva o simplemente las ignoras, pero eso será por tu propia decisión, no porque la otra persona te lo diga.

Asimismo se dará a conocer que también existían en total tres tipos de comunicación, a parte del asertivo, había también el pasivo y el agresivo. El primero de los mencionados consiste en que uno no emite comentario u opinión alguna si no hace lo que los demás le dicen y en cambio la comunicación agresiva tiene la finalidad de dañar al otro y que si alguien nos hacía caso era más por miedo que por persuasión.

Para que exista una mejor comprensión de lo expuesto se pasara a realizar un breve modelado de los tres tipos de comunicación y que la paciente nos cuente sus experiencias de cuando ha sido asertiva, pasiva u agresiva. Se les incitara a que pongan en práctica la comunicación asertiva, que al igual que la relajación en un momento sería un poco difícil pero con la práctica sería todo más sencillo.

Luego de ello se procederá a trabajar la auto aceptación, explicándole en qué consiste en aceptarnos con nuestras potencialidades, fortalezas, así también con nuestros puntos débiles y debilidades que tengamos, con la finalidad de reconocer y valorar en que destacamos y en que no somos hábiles. Para ello se hizo un cuadro de fortalezas y debilidades. En cuanto a sus debilidades se le dijo que tratara de mejorarlas cada vez más.

Se recomienda ver un video, que nos deja una gran enseñanza sobre ¿Que es la comunicación asertiva? es la capacidad de expresar sentimientos, ideas, opiniones de una manera confiada, manifestar respeto por los demás; así mismo reducir la posibilidad de generar conflicto, evitando culpabilizar, criticar y exagerar. Así mismo es la capacidad de expresar sentimientos positivos, como también la capacidad de decir no, sin experimentar sentimientos de culpa. Tenemos el siguiente links. Buscar en YouTube, el tiempo de duración es de 1'52."

<https://youtu.be/ZgmSfdE2y-s>

Duración: 45 minutos.

Materiales: papelografos, plumones hojas boom

Cierre:

Se termina la sesión con una rueda de preguntas y respuestas sobre el tema. Se deja tarea para la casa realizar ejemplos de asertividad.

## **SESIÓN: 7**

- A) Actividad: Charla sobre Reestructuración Cognitiva
- B) Objetivo específico: Rebatir los pensamientos negativos propuestos por el paciente alternando por los pensamientos positivos que le favorecen bienestar.
- C) Procedimiento: Se iniciará la sesión con el saludo respectivo, así como preguntándole acerca de cómo estaba su estado de ánimo. Seguidamente se procederá a explicar la reestructuración cognitiva, lo cual permitirá que los participantes puedan tener conocimiento sobre sus propias emociones o pensamientos y pueda detectar pensamientos irracionales y sustituirlos por pensamientos adaptativas.

En esta sesión se pedirá a prender a llevar un registro (Situación-Pensamiento-Emoción). Luego se hará hincapié en las situaciones que el paciente ha respondido de forma adecuada como por ejemplo: Pelea con la madre “Yo tengo la culpa por tener esta enfermedad”, “Soy un estorbo en mi familia”, “Soy un inútil para nada”.

Se procederá a validar estos pensamientos, buscando datos a favor del pensamiento y datos en contra de este, sustentándolo mediante la explicación de su problema, así como, con los resultados obtenidos. Luego se cuestionara la utilidad de este pensamiento y las consecuencias tanto positivas como negativas que nos ofrece (posibles recaídas).

Se les explicará a los pacientes que sí en algunas ocasiones piensan que no lograrán superar obstáculos, pues también deben pensar que algunas veces podrían tener la capacidad de manejar las diferentes situaciones que se le presenten.

Duración: 40 minutos.

Materiales: Papel, bolígrafo



Cierre: Se terminará esta parte con una rueda de preguntas sobre el tema y se les dejará tarea para la casa, (así como observar y registrar pensamientos referidos a situaciones donde no me encontré bien).

## **SESIÓN 8: CLAUSURA**

A. Actividad: Diálogo expositivo

B. Objetivos de la sesión: Finalizar el programa-Prevenir las recaídas

C. Procedimiento: Descripción de la sesión:

Se Iniciará la sesión saludando a los asistentes y a la vez felicitándolos por haber asistido durante todo el taller. Se realizará la revisión de los objetivos planteados inicialmente para que asistentes tomen conciencia y puedan aplicar en su vida diaria durante y después del tratamiento. La finalidad no es sentirse perfectos, sino poder manejarse con mayor racionalidad para evitar sufrimientos y recaídas. Se recuerda que mantenga las estrategias de afrontamiento en función a lo aprendido como:

- ✓ Recuperar actividades agradables, como podrían ser sociales y el ejercicio físico, con la finalidad de contrarrestar ciertas conductas problemáticas.
- ✓ Entrenar el manejo de nuestras emociones, cuando se encuentren en situaciones frustrantes.
- ✓ Fortalecer la autoestima, para que logren mejor adaptación a la enfermedad y logren el equilibrio emocional.
- ✓ Aprender a desarrollar la comunicación asertiva, es imprescindible para llevar una vida más plena y feliz. Es de tanta importancia para relacionarnos con el otro.
- ✓ Rebatir los pensamientos negativos propuestos por el paciente alternando por los pensamientos positivos que le favorecen bienestar. Si en algunas ocasiones piensan que no lograrán superar obstáculos, pues también deben pensar que algunas veces podrían tener la capacidad de manejar las diferentes situaciones que se le presenten.

La finalidad no es sentirse perfectos, sino poder manejarse con mayor racionalidad para evitar sufrimientos y recaídas. Se recuerda que es para mejorar su salud y cuidar la calidad vida.

Finalmente se invita a cada uno de ellos darse un fuerte abrazo y decir una frase “tú eres muy importante”.

Al término de esta sesión se les entregará una encuesta de satisfacción, con la finalidad de saber cuál fue la perspectiva de cada participante.

Cierre.

Se culminará con una serie de recomendaciones sobre el taller, para seguir mejorando, el facilitador se despedirá y agradecerá a todos los participantes por su participación activa durante todas las sesiones. Y por último se brindará un refrigerio donde tendrán momentos de compañerismo.

## BIBLIOGRAFIA

David Olson y Howard Barnes (2003). Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes 1982; adaptada por Mirian Grimaldo Muchotrigo 2003.

Bonilla, C (2008) Situación de la tuberculosis en el Perú.

Acta Médica Peruana. Versión On-line ISSN 1728-5917. Acta méd. Peruana v.25 n.3 Lima jul./set. 2008

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000300009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000300009&script=sci_arttext&tlng=en)

Bordignon, N (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto Revista Lasallista de Investigación, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia

Vinaccia, Fernández, Quiceno, López, y Otalvaro (2008) Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida versión On-line ISSN 0718-4808. Ter Psicol v.26 n.1 Santiago Jul. 2008

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext)

Del Campo, S (2016) Aspectos clinicoepidemiológicos en pacientes con confección por sida y tuberculosis en la provincia de Santiago de Cuba MediSan 2016; 20 (10) <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68462> INEI (2017) Casos notificados de tuberculosis, según departamento, 2007-2017 [www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/](http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/)

Robles-Mariños (2013) Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos por tuberculosis en el Perú, 2013. Acta Médica Peruana, versión On-line ISSN 1728-5917. Acta méd. Perú, vol.35 no.2 Lima abr. 2018

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172018000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172018000200002&script=sci_arttext)

Betancourt-pe J, Mu BE, Hurtado-guti H. Efecto de la rehabilitación pulmonar en la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con secuelas de tuberculosis. 2015; 47– 5. 14.

Atif M, Syed Sulaiman SA, Shafie AA, Asif M, Sarfraz MK, Low HC, et al. Impact of tuberculosis treatment on health-related quality of life of pulmonary tuberculosis patients: A follow-up study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2014; 12(1):1–11. Available from:

[http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=2014126532%5Cnhttp://sfx.ucl.ac.uk/sfx\\_local?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1186/1477-7525-12-19&issn=14777525&ISBN=&volume=12&issue=1&spage=19&pages=&date=2014&title=Heal](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=2014126532%5Cnhttp://sfx.ucl.ac.uk/sfx_local?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1186/1477-7525-12-19&issn=14777525&ISBN=&volume=12&issue=1&spage=19&pages=&date=2014&title=Heal)

Al-Qahtani MF, El.Mahalli AA, Al Dossary N, Al Muhaish A, Al Otaibi S, Al Baker F. Health-related quality of life of tuberculosis patients in the Eastern Province, Saudi Arabia. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 2014; 9(4)

Chira, F (2017) Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016. Escuela de Post grado Universidad Cesar Vallejo.

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8791/Chira\\_CFR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8791/Chira_CFR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mendoza, M (2018) Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis. MDR del centro materno infantil el progreso. carabayllo, 2018. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela académico profesional de enfermería. Universidad Cesar vallejo

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18100/Mendoza\\_GM.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18100/Mendoza_GM.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Swayne, M (2017) Calidad de vida asociada al grado de secuela Radiológica de Tuberculosis Pulmonar en pacientes atendidos por el departamento de Neumología del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el 2016. Universidad Ricardo Palma, facultad de medicina.

<https://core.ac.uk/download/pdf/80540852.pdf>. Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994) «Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad», Siglo Cero, 25, 155, 5-18

Martha Nussbaum y Amartya Sen, ed. (1993). The Quality of Life, Oxford: Clarendon Press.

Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. SigloCero, 25, 155, 5-18.

Guadalupe Nava Galán\* (2010) Enf Neuro I (Mex) Vol. 11, No. 3: 129-137, 2012 ©INNN, 2010 Este artículo puede ser consultado en versión completa en La calidad de vida: Análisis multidimensional

<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

ALGUACIL, Gómez, J. 2000 “Calidad de vida y modelo de ciudad. Calidad de vida urbana: variedad, Cohesión y medio ambiente”, en Boletín CF+S, 15. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n15/ajalg.html> (02-12-2010)

.Wikipedia Índice de calidad de vida. Recuperado de <http://es.wikipedia.org/wlk>; 2014. 11

## **ANEXOS**

### ANEXO Nº 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

| Problemas de investigación   | Objetivos  | VARIABLES                      | Tipo de investigación           | Instrumentos de Evaluación                          |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Problema principal   | Objetivo general   | Variable independiente         | Método de investigación:        | Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción de la calidad vida de los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos?                         | Determinar el nivel de satisfacción de la Calidad de Vida en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.                                  | Calidad vida                   | descriptiva básica              |   |
| Problemas secundarios  | Objetivos específicos  | Dimensiones de calidad de vida | Tipo de investigación: Aplicada |   |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el Hogar y Bienestar Económico en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos?          | Determinar el nivel de satisfacción en el Hogar y Bienestar Económico en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.                      | Hogar y Bienestar Económico    | Diseño No experimental          |   |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la relación con los amigos y Vecindario en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos? | Determinar el nivel de satisfacción con la relación con los Amigos, Vecindario y Comunidad en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos. | Amigos vecindario y comunidad  |                                 |   |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la vida Familiar y Familia extensa en  | Determinar el nivel de satisfacción con la vida Familiar y Familia extensa   | Familiar y familia extensa     |                                 |   |



|  |  |                        |  |  |
|--|--|------------------------|--|--|
| los pacientes con TBC en un centro salud de Chorrillos?  | los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.   |                        |  |  |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la Educación y ocio en los pacientes con TBC en un centro salud de Chorrillos?       | Determinar el nivel de satisfacción con la Educación y el Ocio en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.     | Educación y ocio       |  |  |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con los Medios y Comunicación en los pacientes con TBC en un centro salud de Chorrillos? | Determinar el nivel de satisfacción con los Medios de Comunicación en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos. | Medios de comunicación |  |  |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la Religión en los pacientes con TBC en un centro salud de Chorrillos?               | Determinar el nivel de satisfacción con la Religión con los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.               | Religión               |  |  |
| ¿Cuál es el nivel de satisfacción con la Salud en los pacientes con TBC en un centro de salud de chorrillos?               | Determinar el nivel de satisfacción con la Salud en los pacientes con TBC en un centro de salud de Chorrillos.                   | Salud                  |  |  |

## ANEXO N° 2. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nombre del Taller: \_\_\_\_\_

Fecha del Taller: \_\_\_\_\_

Grupo N° \_\_\_\_\_

Su opinión es muy importante, por eso agradeceremos el llenado de la encuesta

N° PREGUNTAS - RESPUESTAS (SI) o (NO)

1 ¿Los temas del taller fueron adecuados?

2 ¿El tiempo destinado al taller fue adecuado?

3 ¿Lo aprendido puede aplicarlo en su vida diaria?

4 ¿Considera que los talleres fueron entretenidos?

5 ¿Los materiales utilizados fueron suficientes?

Comentarios: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 3. CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**

**Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas**

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 21 de Diciembre del 2018

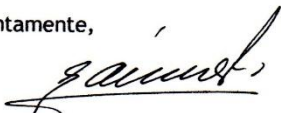

Carta N° 2915-2018-DFPTS

**Señor Doctor**  
**JOSÉ TRUJILLO HUACCHO**  
**MÉDICO JEFE CENTRO DE SALUD**  
**CENTRO SALUD SAN GENARO DE VILLA**  
Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Gladys Alicia LIMACHI GOMEZ**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 09-3486390, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,

  
  
Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS  
Decano (e)  
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erb  
Id. 1005854



Av. Petit Thouars 248, Lima  
Teléfonos: 433 1615 433 2795 Anexo: 3304  
E-mail: psic-soc@u.gv.edu.pe