

## Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Stefano Vinaccia\*, Japcy Margarita Quiceno, Hamilton Fernández, Beatriz Elena Pérez, María Olga Sánchez y Amanda Londoño

Universidad de San Buenaventura de Medellín (Colombia)

**Resumen:** La siguiente investigación presenta los resultados de un estudio sobre la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social percibido en 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de edad de ambos géneros inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis de Metrosalud de Antioquia, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF36 y el apoyo social funcional fue evaluado mediante el Cuestionario DUKE-UNK. Indicando que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social. En general hubo alta fiabilidad en todo el estudio con un *alfa* de Cronbach superior a .80.

**Palabras clave:** Tuberculosis pulmonar; calidad de vida relacionada con la salud; apoyo social.

**Title:** Health related quality of life and perceived social support in patients with diagnosis of pulmonary tuberculosis.

**Abstract:** The following investigation show the results of a study on the evaluation of the health-related quality of life and the social support perceived in 60 patients with diagnosis of tuberculosis pulmonary between the 18 to 70 years of age of both genders enrolled in the control program and prevention of tuberculosis of Metrosalud de Antioquia, Colombia. In order to evaluate the quality of life Questionnaire SF36 was used and the functional social support was evaluated by means of Questionnaire DUKE-UNK. Indicating that the sample had a quality of good life and very little support or social endorsement. In general there was discharge reliability in all the study with an alpha of Cronbach superior to .80.

**Key words:** Pulmonary tuberculosis; health-related quality of life; social support.

### Introducción

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia, Tobón, Moreno San pedro, Cadena & Anaya, 2005a; Vinaccia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya, *et. al.*, 2005b; Vinaccia, Contreras, Palacio, Marín & Tobón, 2005c).

La Tuberculosis Pulmonar (TBCP) es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas (tumores granulares). Habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. Entre los síntomas más característicos se encuentran: tos mínima y una fiebre leve, fatiga, pérdida involuntaria de peso, tos sanguinolenta, fiebre y sudoración nocturna, tos que produce flema. Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con la enfermedad son: sibilancias, sudoración excesiva especialmente en la noche, dolor en el pecho y dificultad respiratoria. El curso de la enfermedad es crónico y puede conducir a la muerte si el paciente no recibe tratamiento adecuado (World Health Organisation -WHO-, 1999).

Aunque esta enfermedad es bien conocida desde la antigüedad, en los últimos años y, especialmente, la aparición del SIDA, han condicionado un cambio radical en su epidemiología y existe una enorme preocupación en todo el mundo

por su resurgimiento y por el incremento de resistencias a los fármacos más importantes (Perriens, Louis & Mukadi, 1995; Fishman, Saraf-Lavi, Narita, Hollender, Ramsinghani & Ashkin, 2000).

Según el Ministerio de la Protección Social, unos doce millones de colombianos están infectados con el bacilo de la tuberculosis. Cada año se diagnostican aproximadamente 10.000 casos nuevos de tuberculosis en Colombia, y de estos el 15% son aportados por el Departamento de Antioquia. En los últimos 5 años se registraron tasas de incidencia por encima de 25 por 100.000 habitantes ubicándose al departamento de Antioquia como una región de alta transmisibilidad, según criterios definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se ha observado también que las tasas más altas están en los mayores de 60 años con tasas cuatro veces superiores a la de los menores de cinco años (Dirección Seccional de Salud de Antioquia -DSSA- 2005).

El comportamiento de la Tuberculosis en la población económicamente activa es similar a lo registrado en el mundo, por cada 100.000 personas entre los 15 y 59 años, son afectadas 43, siendo el mayor porcentaje de procedencia de las zonas urbanas de los municipios del departamento de Antioquia, explicándose esto por la densidad de la población ubicada en las cabeceras municipales. De otro lado, la propagación de la infección del VIH/SIDA ha agravado la problemática, debido a su asociación con esta (Dirección Seccional de Salud de Antioquia -DSSA- 2005).

Lo anterior no dista mucho de los datos registrados en el mundo donde muere más gente de tuberculosis que de cualquier otra enfermedad infecciosa curable. Todos los días más de 20.000 personas desarrollan la tuberculosis activa y 5.000 mueren de ella. Una tercera parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis. Igualmente, la epidemia de la TBCP continúa aumentando cada año un 3% a nivel mundial, siendo avivada principal-

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Stefano Vinaccia. Universidad de San Buenaventura de Medellín, Carrera 56 C, Número 51-90, Medellín, Colombia, Apartado Aéreo 81240.  
E-mail: [vinalpi47@hotmail.com](mailto:vinalpi47@hotmail.com)

mente por la epidemia de VIH/SIDA (Ministerio de Protección Social -MPS-, 2003).

El riesgo de contraer la tuberculosis aumenta con el contacto frecuente con personas que padecen la enfermedad, por condiciones de vida insalubres o de hacinamiento, una dieta pobre, la aparición de cepas resistentes a las drogas antituberculosas y el presentar un sistema inmunológico afectado por el SIDA. La tuberculosis pulmonar tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren (Mandell, Bennett & Dolin, 1995).

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como la tuberculosis pulmonar altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003). Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta, su origen proviene principalmente de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar"; si bien, el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Rodríguez-Marín, 1995; Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996). Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica donde el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004). Por último, Schwartzmann (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida, hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de éstos pacientes.

A nivel general, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

Respecto a este tema la gran mayoría de los investigadores han trabajado desde la medicina epidemiológica, véase Chang, Wu, Hansel y Diette (2004) utilizaron en sus investi-

gaciones variados instrumentos generales para medir tanto calidad de vida como síntomas asociados a la tuberculosis pulmonar, en la Tabla 1 se puede apreciar algunos de estos instrumentos.

**Tabla 1.** Instrumentos generales para medir calidad de vida y Tuberculosis Pulmonar

Calidad de vida Generales
- SF-36: Medical Outcomes Study Short-form-
- El EuroQoL-5
- Sickness Impact Profile
- Nottingham Health Profile
- WHO- QOL-100

Chang *et al.* (2004) desarrollaron una revisión de 60 investigaciones sobre los resultados y los hallazgos de estudios relacionados con calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar a partir de 1972. Se encontró que los factores fisiopatológicos han sido muy bien estudiados pero no se ha puntualizado aún en países desarrollados sobre: cuál es el rol de las creencias de los pacientes con respecto a su diagnóstico, el impacto familiar de la enfermedad, el estigma social asociado, las dificultades laborales y las problemas financieros asociados.

De otro lado, en la India Rajeswari, Muniyandi, Balasubramanian y Narayanan (2005) desarrollaron una investigación con 980 pacientes con TBCP, a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 antes y después del tratamiento médico. Encontrándose que estos pacientes a pesar de la curación microbiológica, el 47% de ellos continuaron con síntomas respiratorios; esto era perceptiblemente más alto entre los pacientes que habían retrasado la toma de la medicación por más de 3 meses. Solamente el 54% de los pacientes percibieron una mejoría en su estado de ánimo al final del tratamiento, mientras que el estigma social seguía presente tanto en hombres como en mujeres. Concluyéndose que los programas de control de la tuberculosis deberían tratar los síntomas respiratorios continuados, la persistencia del estigma de la enfermedad y la calidad de la vida emocional desfavorable, inclusive después de la curación.

Shalaeva, Asmolovskii, Belkov y Zaitsev (2004) en Rusia, estudiaron el efecto de la cirugía y el tratamiento de la quimioterapia sobre la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 de 59 pacientes con diagnóstico de TBCP. Este estudio demostró que la cirugía oportuna conjuntamente con la quimioterapia puede mejorar perceptiblemente todos los componentes de la calidad de la vida en pacientes con tuberculosis pulmonar. Pero se hace necesario un tratamiento integral de los pacientes donde se consideren los aspectos físicos, psicoemocionales, sociales y de rehabilitación al trabajo.

Sukhov y Sukhova (2003) con una muestra de 275 varones con diagnóstico de TBCP en Rusia concluyeron que la calidad de vida fue desfavorable en comparación con controles sanos en casi todas las dimensiones de calidad de vida con especial énfasis en los factores sociales y psicológicos.

Finalmente Guryleva y Gerasimova (2002) aplicaron también en Rusia el cuestionario de calidad de vida WHO-QOL-100 a una muestra de 29 pacientes con tuberculosis respiratoria y 19 personas sanas de control. Se encontraron diferencias significativas en la escala global de calidad de vida y en la escala de salud mental. La actividad, movilidad, estado físico de los pacientes fue deteriorada. Se concluye también que la intervención psicosocial individual permite una mejor calidad de vida en los pacientes con TBCP.

Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fifield & Rowc, 1988), y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz & Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Herbert, 1996; citados en Gómez, Pérez & Vila, 2001). Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. Al respecto Duyan, Kurt, Aktas, Duyan y Kulkul (2005) en una investigación desarrollada en Turquía encontraron en pacientes con diagnóstico de TBCP, que el diagnóstico, los cambios en los estilos de vida familiar y entorno social, el proceso de la enfermedad y la creencia sobre la enfermedad afectan la QOL de estos pacientes. Johansson, Long, Diwan y Winkvist (2000) encontraron en una investigación que utilizó metodología cualitativa de grupos focales en pacientes con TBCP en Vietnam que habían tres factores principales que obstaculizaban el tratamiento médico de los pacientes como: miedo del aislamiento social, dificultades económicas y una prestación del servicio deficiente por parte del personal médico. A nivel de género el estigma social de estar enfermo de TBCP era más relevante en las mujeres porque se sentían más vulnerables al rechazo de la familia y de la comunidad.

Partiendo de las anteriores consideraciones, el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal (Montero & León, 2002), fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de TBCP de la ciudad de Medellín, Colombia.

## Método

### Participantes

Participaron en este estudio 60 pacientes voluntarios entre los 18 y los 70 años de ambos géneros con diagnóstico de tuberculosis pulmonar (TBCP) según los criterios de la World Health Organization -WHO- (1993) inscritos en el programa de control y prevención de tuberculosis de Metro-salud de Antioquia, Colombia. Sociodemográficamente, la

mayoría de los participantes se encuentran en un nivel de educación básico primaria-secundaria (91.7%) y en un estrato socioeconómico bajo (No. 2). A nivel de estado civil se observa que la mitad de la muestra se encuentra entre casados y unión libre (50%), es decir, con un compromiso legal o afectivo, la otra mitad son solteros viudos o separados. En cuanto a la ocupación, se observa mayor agrupamiento en los empleados (73.3%) y el resto son amas de casa (26.7%). En la Tabla 2 aparecen detalladamente los datos sociodemográficos.

**Tabla 2:** Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

		Frec. (%)
Género	Masculino	33 (55.0%)
	Femenino	27 (45.0%)
Escolaridad	Primaria	33 (55.0%)
	Secundaria	22 (36.7%)
	Sin educación	5 (8.3%)
Estrato	1	14 (23.3%)
	2	43 (71.7%)
	3	3 (5.0%)
Ocupación	Empleado	44 (73.3)
	Ama de Casa	16 (26.7)
Edad	18 a 30 años	17 (28.3%)
	31 a 50	16 (26.6%)
	51 a 60	17 (28.3%)
	61 a 70	10 (16.7%)
Estado civil	Soltero	21 (35.0%)
	Casado	19 (31.7%)
	Unión Libre	11 (18.3%)
	Viudo	4 (6.7%)
	Separado	5 (8.3%)

### Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de salud SF-36, diseñado por el *Health Institute*, New England Medical Center, de Boston, Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Sherbourne, 1992). Es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El S-F 36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto internacional *Quality of Life Assessment* (IQUOLA), su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso, Prieto & Antó, 1995; Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez & De la Fuente, 1998).

El SF-36 evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de ener-

gía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta). El SF-36 tiene un rango de 0 a 100 y los puntajes más altos indican una mejor calidad de vida.

El apoyo social fue medido por el cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK en la versión española De la Revilla, Baylon y de Dios (1991). Este instrumento psicométrico es un cuestionario de auto evaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Estos aspectos se evalúan mediante una escala likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social fue de 32 puntos en adelante. El *alfa* de cronbach de la validación española en diferentes investigaciones tuvo puntajes que oscilaron entre .80 y .90

### Procedimiento

Previo consentimiento informado e información sobre el procedimiento de la investigación (objetivos, no remuneración económica por la participación y retiro voluntario) se prosiguió a la aplicación de los dos instrumentos (SF36 y DUKE-UNK) como de una ficha de

datos sociodemográficos a los pacientes quienes acudían al programa de control y prevención de tuberculosis de Metrosalud de Antioquia, Colombia. Los cuestionarios fueron autodilenciados con la ayuda del entrevistador, con una duración aproximada de 30 minutos.

### Resultados

A continuación en la Tabla 3 se presenta como medida de tendencia central la media y de dispersión la desviación típica y los valores mínimos y máximos, de otro lado se puede observar los *alfa* de Cronbach de cada una de las variables que fueron evaluadas en el estudio. Se aprecia en las diferentes dimensiones que conforman el SF-36 puntajes medios y altos, siendo la Función Social y la Función Física las más altas y el Rol Físico la más baja, de otro lado se encontró una valoración muy baja en la Prueba de Apoyo Social. Indicando que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social. Es de considerar que el coeficiente *alfa* de Cronbach fue superior a .80 indicando muy buena fiabilidad en todo el estudio.

Respecto a las dimensiones físicas (Función Física, Rol Físico, Dolor corporal, Vitalidad y Salud General) y las dimensiones psicosociales (Función Social, Salud Mental y Rol Emocional) que conforman el SF-36, se encuentran valores medios y altos, indicando a nivel general una calidad de vida buena en estas dimensiones:

**Tabla 3:** Estadísticas descriptivas y *alfa* de Cronbach de las variables del estudio: Calidad de Vida y Apoyo social.

<b>Cuestionario SF-36</b>	Media	DT	Mínimo	Máximo	<i>Alfa</i>
Función Física (FF)	67.6	28.2	0	100	.82
Rol Físico (RF)	44.5	44.6	0	100	.82
Dolor Corporal (DC)	61.5	31.7	0	100	.82
Vitalidad (VT)	61.9	25.3	0	100	.80
Salud General (SG)	54.3	21.1	0	100	.83
Función Social (FS)	68.9	29.1	0	100	.82
Salud Mental (SM)	60.2	26.6	0	100	.81
Rol Emocional (RE)	51.6	46.5	0	100	.82
<b>Cuestionario de Apoyo Social DUKE-UNK</b>	14.3	3.4	11	55	.86

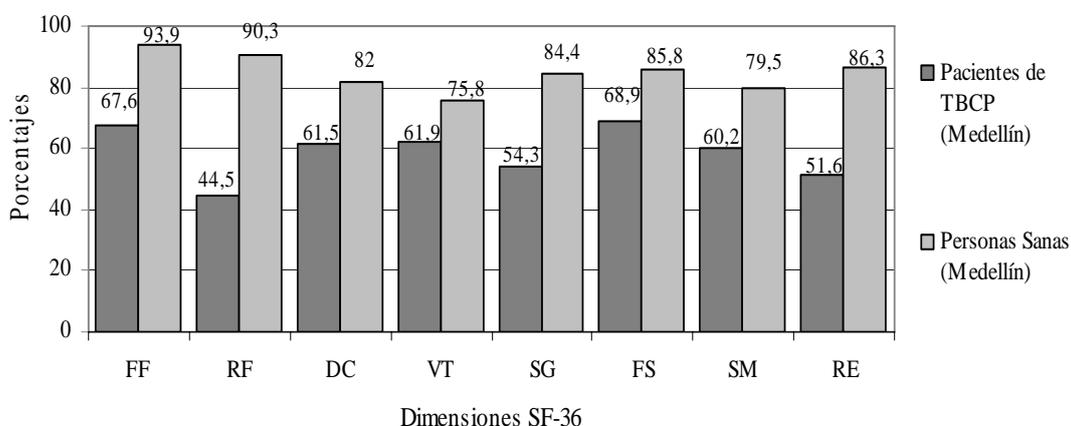
Con relación a las dimensiones físicas la Función Física fue una de las dimensiones más altas, indicando que no hubo dificultad que limitara las actividades físicas y de autocuidado que implicaron esfuerzos moderados e intensos en los sujetos que participaron en el estudio como caminar, subir escaleras, asearse, alimentarse, etc. A diferencia se encontró en Rol Físico la más baja valoración de todas las dimensiones que conforman el cuestionario SF-36, indicando que hubo cierto grado de interferencia de la enfermedad para realizar actividades relacionadas con el rol diario como trabajar, buscar actividades de recreación, etc. En la dimensión Dolor Corporal se aprecia que los pacientes tuvieron poca interferencia del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar. Igualmente se evidencia poca manifestación de sentimientos de energía y vitalidad desfavorables, frente al

sentimiento de cansancio y agotamiento en la dimensión de Vitalidad. Por último, en la dimensión Salud General los pacientes tuvieron una percepción moderada acerca del estado de salud en su momento (actual), de las perspectivas que tienen de su salud en el futuro y de la resistencia a enfermarse.

De otro lado, con relación a las dimensiones psicosociales la Función Social tuvo una de las puntuaciones más altas de todas las dimensiones que conforman el cuestionario SF-36, indicando que hubo un menor grado de problemas de salud física y/o emocional que pudieran haber interferido en la vida social habitual de estos pacientes. Consecuentemente, no se evidenció significativamente niveles emocionales negativos (ansiedad-depresión-estrés) en cuanto a la dimensión de la Salud Mental, posibilitándole a los sujetos del estudio

poder tener un buen control de su conducta y/o bienestar general. Y por último, en cuanto a Rol Emocional, es de resaltar que es una de dimensiones con valoración moderada ya que la muestra tuvo puntuaciones extremas, es decir, la mitad de los pacientes indicaron no haber presentado interferencias significativas de lo emocional en las actividades diarias, favoreciéndoles tener el rendimiento adecuado en el hogar y el trabajo y la otra mitad manifestó lo contrario.

A nivel sólo de información, se presenta en la Figura 1 una comparación de nuestros resultados con los obtenidos en una muestra poblacional sana con características socio-demográficas semejantes: personas adultas de ambos géneros de la ciudad de Medellín, entre los 18 a 70 años de edad, evaluados con el cuestionario SF36 (García & Lugo, 2002). Se encontró en nuestro estudio que todas las dimensiones de calidad de vida del SF-36 fueron afectadas por la presencia de TBCP.



**Figura 1:** Comparación entre las medias de las dimensiones del cuestionario SF36 de muestras sanas de la ciudad de Medellín y pacientes con TBCP de nuestra investigación

En cuanto al Apoyo Social medido por el cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK se obtuvo una media de 14.3 evidenciándose que los pacientes con TBCP tuvieron una valoración muy baja de Apoyo Social en comparación con los puntos de corte (32 puntos) planteadas por la De la Revilla *et. al.* (1991) para considerar la presencia de un buen apoyo social. Lo anterior indica que nuestra muestra tuvo serias dificultades para las relaciones sociales y posibilidad de comunicarse de forma empática y emotiva con los demás tanto a nivel confidencial como afectivo.

En la Tabla 4 se puede observar los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson a todas las

variables del estudio, se encontraron correlaciones altas positivas con respecto a algunas de las dimensiones del SF-36 entre sí, como se describe a continuación, donde:

- Función Física se correlaciona con Dolor Corporal (.58) y Vitalidad (.67). Indicando que en los pacientes de TBCP de nuestro estudio las actividades físicas y de autocuidado como caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, asearse, alimentarse, desplazarse, etcétera, se relacionaron con los síntomas de dolor y los niveles de energía y vitalidad.

**Tabla 4:** Correlación de las variables del estudio.

SF-36	Dolor Corporal (DC)	Vitalidad (VT)	Función Social (FS)	Rol Emocional (RE)	Salud Mental (SM)
Función Física (FF)	.58*	.67*	-	-	-
Rol Físico (RF)	-	.60*	-	.62*	-
Dolor Corporal (DC)	-	.64*	-	-	-
Salud General (SG)	-	.67*	-	-	-
Vitalidad (VT)	-	-	.58*	-	.63*
Función Social (FS)	-	.58*	-	-	.62*
Rol Emocional (RE)	-	-	-	-	.63*
Salud Mental (SM)	-	.63*	.62*	.63*	-

\* $p > 0.5$

- Rol Físico se correlaciona con Vitalidad (.60) y Rol Emocional (.62). Evidenciándose que las actividades relacionadas con el rol diario como el trabajo, el estudio, los depor-

tes y actividades recreativas, etc., se relacionaron con los sentimientos de cansancio y agotamiento y emociones negativas.

- Dolor Corporal se correlaciona con Vitalidad (.62). Se observa que en nuestros pacientes los síntomas de dolor físico se relacionaron directamente los niveles de energía.
- Salud General se correlaciona con Vitalidad (.67). Indicando que la percepción del estado de salud física y emocional de los sujetos de nuestra muestra se relacionó fuertemente con los niveles de energía física.
- Vitalidad se correlaciona con Función Social (.58) y con Salud Mental (.63). Se evidencia que la energía corporal se relacionó con las relaciones interpersonales y el estado emocional de los pacientes con TBCP.
- Rol Emocional se correlaciona con Salud Mental (.63). Los problemas emocionales se relacionaron con el trabajo u otras actividades diarias de nuestros pacientes, lo que podría incluir la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- Salud Mental se correlaciona con Vitalidad (.63), Función Social (.62) y con Rol Emocional (.63). Indicando que algunos síntomas de ansiedad-depresión-estrés y dificultad en el control de la conducta se relacionaron con los sentimientos de energía y vitalidad, las relaciones interpersonales y las actividades diarias de las personas de nuestro estudio.

## Discusión

En este estudio participaron 60 personas con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar, evidenciándose homogeneidad respecto a la variable género y distribución de la gran mayoría de la muestra en el rango de edad entre los 18 a 60 años de edad, igualmente gran parte de los pacientes están casados o en unión libre y participan en una actividad laboral. El coeficiente de consistencia interna *alfa* de Cronbach fue superior .80 en ambos instrumentos utilizados.

A nivel general de acuerdo a las diferentes dimensiones que conforman el cuestionario SF-36 se observó una calidad de vida favorable.

Respecto a las dimensiones físicas (Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Dolor y Función Física) y psicosociales (Función Social, Salud Mental y Rol Emocional) hubo buena calidad de vida a nivel general, destacándose Función Física y Función Social como las más altas a diferencia de Rol Físico, que tuvo afectación moderada y fue la más baja de todas las dimensiones que conforman el cuestionario. Indicando muy leve afectación de la sintomatología relacionada con la TBCP en los pacientes de nuestro estudio, igualmente de los sentimientos de cansancio y agotamiento, de energía y vitalidad y del síntoma del dolor, los cuales influyeron moderadamente en la realización de sus actividades relacionadas con el rol diario, como actividades afines a sus intereses personales (hobbies, recreación, etc) y actividades asociadas con sus necesidades básicas y de seguridad (trabajo, la vida sexual y afectiva, etc.) este tipo de actividades ameritan un mayor compromiso a nivel físico y psicosocial a diferencia de las

actividades relacionadas con la Función Física que tienen que ver con el autocuidado personal como comer, asearse, subir escaleras, caminar, etc. Es de resaltar que la gran mayoría de nuestros pacientes con TBCP reportaron haber tenido una ocupación permanente ya sea laboral o en el hogar que los mantuvo activos y que estaban casados o convivían en unión libre. Lo anterior les permitió posiblemente tener un buen Funcionamiento Social a nivel general, una buena percepción del Estado de Salud y por ende de su calidad de vida. Lo antes mencionado se puede ver reflejado en el análisis correlacional de nuestro estudio.

Con respecto al matrimonio existen un amplio número de estudios que muestran que el estar casado puede ser un predictor subjetivo de salud mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas (Zung, Broodheal & Roth, 1993). Al respecto un grupo de investigadores Ingleses de la universidad de Warwick durante 10 años estudiaron las tasas de mortalidad en 10.000 sujetos entre los 30 y los 40 años encontrando que el riesgo de morir es mas grande en los hombres (10%) y mujeres (4.8%) solteros en comparación a hombres y mujeres de las mismas edades casados, siendo estas tasas de mortalidad similares a las de los fumadores crónicos (Gardner & Oswald, 2004)

Nuestros resultados difieren de los datos encontrados por Wang *et. al.* (1998) en China con el SF-36 en pacientes con TBCP, donde se halló muy bajos niveles de calidad de vida en todas las dimensiones del cuestionario. Resultados similares se evidenciaron en los estudios desarrollados en Rusia por Shalaeva *et. al.* (2004) con el cuestionario SF-36 y Sukhov y Sukhova (2003) con el cuestionario WHO QOL-100, donde encontraron que los pacientes con TBCP tenían una calidad de vida inferior a muestras poblacionales controles sanas y con especial énfasis en los factores sociales y psicológicos.

En relación al Apoyo Social medido por el cuestionario DUKE-UNK, encontramos una valoración muy desfavorable de los pacientes de nuestro estudio en cuanto a sus relaciones con sus amigos y familiares cercanos y de posibilidad de comunicarse de forma empática y emotiva con ellos tanto a nivel confidencial como afectivo. El apoyo social se constituye en uno de los recursos personales más importantes para paliar el efecto de la enfermedad (Gil-Roales, 2004). El apoyo social percibido, entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gómez, Pérez & Vila, 2001), ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (conductas de apoyo, préstamos de dinero, ser escuchado...) (Barrón & Chacón, 1992; Sandín, 2003). El apoyo social percibido, conceptuado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud integral del paciente (Gómez *et. al.* 2001). Las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participa-

ción, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez, Blasco & Fernández, 2003). Inferimos que el bajo apoyo social percibido por los pacientes de nuestra investigación se deba en parte a las creencias y mitos que la sociedad a construido con respecto a la tuberculosis que directamente puede afectar la calidad de las relaciones interpersonales ya que este tipo de enfermedad inevitablemente modifica los estilos de vida y las conductas de salud tanto del enfermos como de sus familiares y allegados. Numerosas investigaciones desarrolladas en todo el mundo plantean el estigma social a que están sometidos estos pacientes (Chang *et. al.* 2004; Rajeswari *et. al.* 2005; Shalaeva *et. al.* 2004; Sukhov & Sukhova, 2003; Guryleva & Gerasimova, 2002; Duyan *et. al.* 2005; Johansson

*et. al.* 2000). Jaramillo (1999) en Cali, Colombia desarrolló un investigación con enfermos con TBCP y halló resultados similares donde se concluyó que el estigma social esta relacionado con creencias infundadas de que la transmisión de la enfermedad se puede dar con mínimos contactos con las personas infectadas de TBCP.

Finalmente hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la TBCP, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. El diseño de un modelo que permita entender más integralmente la TBCP se hace necesario. Es así como el impacto de las enfermedades crónicas como la TBCP parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural, educativa, estado civil y económica de estos pacientes, incidiendo de forma diferencial en su calidad de vida.

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. & Rowe, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Barez, M., Blasco, T. & Fernández C.J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barrón, A. & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Chang, B., Wu, A.W., Hansel, N.N. & Diette, G.B. (2004). Quality of life in tuberculosis: a review of the English language literature. *Quality Life Research*, 13, 1633-42.
- De la Revilla, L., Baylon, E. & de Dios, J. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 9, 668.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia -DSSA- (2005). Temas de actualidad: día mundial de la prevención de la tuberculosis. *Boletín Información para la Acción -BIA*, 1-12.
- Duyan, V., Kurt, B., Aktas, Z., Duyan, G.C. & Kulkul, D.O. (2005). Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalised with tuberculosis. *International Journal Tuberculosis Lung Disease*, 9, 1361-6.
- Fishman, J. E., Saraf-Lavi, E., Narita, M., Hollender, E. S., Ramsinghani, R. & Ashkin, D. (2000). Pulmonary Tuberculosis In AIDS Patients: Transient Chest Radiographic Worsening After Initiation of Antiretroviral Therapy. *ARJ*, 174, 43-49.
- García, L.H. & Lugo, H. (2002). *Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF-36 en instituciones de Medellín*. Tesis de Maestría. Medellín: facultad nacional de salud pública.
- Gardner, J. & Oswald, A. (2004). How is mortality affected by money, marriage and stress?. *Journal of Health Economics*, 23, 1-23.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, L., Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Guryleva, M.E. & Gerasimova, O.I. (2002). Characterization of life quality in patients with respiratory tuberculosis treated in the outpatient setting. *Probl Tuberk*, 8, 10-2.
- Jaramillo, E. (1999). Tuberculosis and Stigma: Predictors of Prejudice Against People with Tuberculosis. *Journal of Health Psychology*, 4, 71-79.
- Johansson, E., Long, N.H., Diwan, V.K. & Winkvist, A. (2000). Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy*, 52, 33-51.
- Katz, P.P. & Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms?. *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Latorre, P. & Benoit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen
- Mandell, G.L., Bennett, J.E. & Dolin, R. (1995). *Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ministerio de Protección Social -MPS- (2003). Día Mundial de la Tuberculosis. *Boletín epidemiológico semanal*, 11, 1-6.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2, 503-508.
- World Health Organization. (1993). *Treatment of Tuberculosis. Guidelines for National Programmes*. Geneva: WHO publications.
- Perriens, J.H., Louis, M.E. & Mukadi, Y.B. (1995). Pulmonary tuberculosis in VIH-infected patients in Zaire. A controlled trial of treatment for either 6 or 12 months. *New England Journal of Medicine*, 332, 779-784.
- Rajeswari, R., Muniyandi, M., Balasubramanian, R. & Narayanan, P.R. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. *Social Science de Medicine*, 60, 1845-53.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Shalaeva, O.E., Asmolovskii, A.V., Belkov, A.V. & Zaitsev, A.A. (2004). Comparative characterization of life quality in patients with pulmonary tuberculosis after surgical treatment. *Probl Tuberk Bolezn Legk*, 7, 7-10.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Sukhov, V.M. & Sukhova, E.V. (2003). Some specific features of life quality in patients with pulmonary tuberculosis. *Probl Tuberk Bolezn Legk*, 4, 29-30.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45-60
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M. & Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, Personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.

- Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A. & Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de *Artritis Reumatoide*. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Wang, Y., Lü, J. & Lu, F. (1998). Measuring and assessing the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*, 21, 720-3.
- Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- World Health Organization -WHO- (1999). *Global Tuberculosis Control*. Geneva. WHO Report.
- Zung, W., Broodhead, E. & Roth, M. (1993). Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Family Practice*, 37, 337-338.

(Artículo recibido: 17-10-2006; aceptado: 24-7-2007)