

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POST GRADO

**Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social**

TESIS Para optar el Grado Académico de: **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en  
Psicología Clínica

**AUTOR**

**MARGARITA RUTH TORRES URÍA**

**LIMA – PERÚ 2002**

*A Gisella, mi  
hija por su  
afecto,  
comprensión y  
apoyo constante  
en el logro de  
mis objetivos.*

## AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Mario Bulnes Bedón; cuya orientación metodológica, experiencia y motivación permanente facilitó el desarrollo y finalización de la investigación.
- A los doctores: Dr. José Morocho, Dra. Amparo Sotil y Dr. Luis Vicuña Peri por sus valiosas sugerencias para mejorar el presente trabajo.
- A la Mg. Rosa Elena Huerta Rosales de quien recibí valiosas sugerencias.
- A los Psicólogos: Tania Aguilar y David Chiguala, quienes realizaron las evaluaciones psicológicas.
- Al estadístico: Luis Roldan por su apoyo en el procesamiento estadístico.
- A P.N.L. Center, mi red social donde Diola, Paula, Nelida, Juana y María Jesús, constantemente me brindaron el soporte emocional tan necesario para culminar la investigación.
- A todas las Técnicas de Enfermería de los Centros de salud periféricos por su apoyo incondicional al momento de realizar las evaluaciones psicológicas.
- A Liria Dávila mi gran amiga por su disponibilidad y apoyo constante en mis logros personales y profesionales.
- A los Médicos del Programa de Control de la Tuberculosis: Dr. Roberto Canales, Dr. José Zúñiga, Dr. Carlos Espinoza quienes con su gran experiencia en el tratamiento de enfermos con tuberculosis pulmonar brindaron información valiosa para el desarrollo de la investigación.

## INTRODUCCIÓN

En la declaración para STOP TB del 24 de Marzo del 2000 en Amsterdam-Holanda durante la Conferencia Ministerial sobre la Tuberculosis y Desarrollo Sostenible, en la cual participaron 20 países con alta morbilidad de tuberculosis, se expreso la urgente necesidad de tomar acciones aceleradas contra la tuberculosis, considerada la principal enfermedad endémica que causa muerte en la población mundial y que a la vez implica un impedimento para el desarrollo de las naciones.

La magnitud del sufrimiento y muerte causada por la pandemia global de tuberculosis es tan alarmante como inaceptable. Esta produce ocho millones de enfermos nuevos por este mal, ha re-emergido con violencia inusitada llegando a matar alrededor de 1.5 millones de seres humanos por año a nivel mundial, incluyendo muchos niños, mujeres y hombres afectados en sus años más productivos. Aproximadamente 2 billones de personas, una tercera parte de la población total en el mundo, tiene infección latente a esta enfermedad.

La tuberculosis desestabiliza la estructura de la sociedad separando a los niños de la escuela y estigmatizando socialmente a los individuos. Ataca a los más pobres del mundo, a la mayoría de los marginados y otros grupos vulnerables en un círculo vicioso de enfermedad y miseria, tres de cuatro personas afectadas por la tuberculosis son adultos jóvenes, consumidos en la plenitud de su vida.

Aún así, frente a esta grave situación, el nivel de conciencia y conocimiento público como el compromiso político son insuficientes. En este contexto al enfermar con tuberculosis pulmonar la persona no sólo experimenta síntomas físicos, sino éstos van generando tristeza, sentimientos de culpa, pensamientos negativos al tratamiento, temor al no saber si se curara completamente; en los aspectos sociales tendrá que cargar con el estigma de la enfermedad, la reducción de sus redes de soporte social, el soporte emocional y

material serán insuficiente durante los largos meses de tratamiento. Todos éstos se constituyen en motivos de constantes frustraciones, entonces el enfermo con TBP se retrae socialmente, el nivel de depresión aumentan y existe la tendencia a ser irregular o abandonar el tratamiento, o en el peor de los casos se convierte en un multidrogorresistente con lo que afecta su vida y la de su red social.

De otro lado, ha sido preocupante brindar atención psicológica a numerosos casos de recaídas, abandonos y crónicos, observándose en ellos, las mayores deficiencias psicológicas y los problemas de soporte social más críticos en comparación a los que por primera vez enferman; desconociéndose en el mayor número de veces las razones que tienen para dejar de acceder a un servicio de salud y contar con un tratamiento gratuito que le va a permitir recuperarse.

Es por esta razón que se plantea el presente estudio al investigar las variables psicológicas y sociales vinculadas a la TBC, no sólo con fines teóricos, sino que se podría determinar oportunamente el nivel de depresión que presenta el enfermo con TBP-FP, un mejor conocimiento de las redes de soporte social que lo acompañaran durante los largos meses de tratamiento, y evaluar el nivel de correlación entre los factores psicológicos y sociales facilitando el diseño de estrategias con lo cual el Psicólogo participaría eficaz y efectivamente con otros profesionales de la salud en la recuperación del enfermo.

El objetivo de la presente investigación es identificar la relación que existe entre la depresión y el soporte social en los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, recaídas y crónicos, para lo cual el estudio se ha estructurado en cinco capítulos. El Capítulo I presenta el planteamiento del estudio. El Capítulo II se hace referencia a los antecedentes del estudio y el marco teórico conceptual. El Capítulo III considera la metodología. El Capítulo IV describe los resultados de la investigación y la discusión de los resultados y en el último capítulo se expondrán las conclusiones y recomendaciones, agregando una bibliografía especializada y los anexos respectivos.

# *CAPÍTULO I*

## PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de gran importancia en la actualidad el rol preventivo y terapéutico que nos ofrece la psicología clínica y de la salud ante las enfermedades físicas presentadas por la población.

Es así, que la tuberculosis en el Perú es considerada como uno de los problemas más serios en la región de las Américas. Es a partir del segundo semestre de 1990 que el gobierno asume el compromiso político y financiero de otorgar la debida prioridad al problema de salud pública que constituye la tuberculosis en el país.

Para implementar esta decisión, se reestructuró el Programa Nacional de control de tuberculosis del Ministerio de Salud contando con la recomendación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Generando todo esto entre 1990 a 2000 que el estado peruano brinde atención gratuita a 476 mil personas que enfermaron de tuberculosis, evitando que 5 millones de peruanos sean infectados por esta enfermedad.

Durante el año 2000 todas las instituciones del sector salud han diagnosticado y tratado gratuitamente a 39,918 personas enfermas con tuberculosis en todo el país, siendo la tasa de morbilidad de 155,6 x 100,000 habitantes, de ellos sólo 22,580 personas han sido consideradas enfermas con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP), casos nunca tratados. Esto se traduce en una tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo de 88 x 100,000 habitantes.

La estructura de edades muestra que el 85% de los enfermos tiene entre 15 y 55 años de edad, es decir, se encuentran en su período de mayor productividad y según los estudios epidemiológicos del total de enfermos el 58% está constituido por varones no logrando determinarse la causa de tal patrón.

De todos los casos de tuberculosis, 86% corresponde a los nunca tratados y el 14% a los antes tratados. Las Direcciones de salud con mayor tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo son Madre de Dios, Lima Este, Lima Sur y Callao. Encontrándose que el 58% de los casos notificados procede de Lima y Callao, ya que son zonas con mayor densidad poblacional

Sin embargo, a pesar de existir planes operativos y estrategias bien diseñadas en los aspectos biomédicos para tratar esta enfermedad altamente contagiosa, nos encontramos con el otro lado de la realidad que vive el enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo como es; la falta de diagnóstico y atención oportuna del estado psicológico y el desconocimiento si tiene una red social lo suficientemente amplia que cumpla con las funciones de soporte social efectivo durante el tratamiento antituberculoso que recibirá el enfermo según su categoría de ingreso; en los nunca tratados de 6 meses y de 8 meses a más en los casos de recaídas o crónicos.

Estudios recientes han demostrado que los médicos clínicos y otros profesionales de la salud no reconocen muchos trastornos depresivos. En varios de estos estudios se informó, por ejemplo, que en la primera consulta los médicos no diagnosticaron tales trastornos en más de la mitad de los pacientes que los padecían Pérez-Stable y cols., (1990); Ustun y Sartorius (1995); Zung y cols. (1993).

No es sorprendente que no se reconozca la mayoría de los casos en que existe una enfermedad depresiva debido a que, con frecuencia, los pacientes deprimidos se quejan de problemas físicos. Por ejemplo, en un estudio en el nivel primario de atención se llegó a determinar que el 20% de los pacientes sufrían trastornos depresivos, mientras que sólo 1,2% citó la sensación de depresión en su estado de ánimo como la razón de su visita Zung y cols. (1993). Además de los muchos factores relacionados con el paciente que encubre el trastorno depresivo, los médicos se ven, con frecuencia limitados por su propia formación profesional y por sus enfoques en la práctica, lo cual los conduce a dar prioridad inmediata al tratamiento de síntomas somáticos sin realizar un estudio más completo.

El primer obstáculo para el reconocimiento es que sólo uno de cada tres pacientes con trastornos depresivos busca ayuda médica, Regier y cols. (1988). El estigma asociado con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental aparentemente forma parte de la renuncia de los pacientes a buscar un tratamiento, aceptarlo, cumplir con él y no interrumpirlo.

Es evidente que a pesar de los esfuerzos educativos, la depresión aún es considerada por muchos enfermos y las personas en general como una evidencia de un defecto de carácter, debilidad emocional o falta de fuerza de voluntad. Es por esto que la mayoría de las personas creen que los pacientes con depresión podrían mejorar con sólo proponérselo.



Así mismo, el brindar atención médica y psicológica al enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo durante los meses de tratamiento, se vuelve insuficiente si por su condición socio-económica no cuenta con una red social amplia la cual tendría como función el darle un soporte social efectivo. Constituyendo esta red social: los familiares, amigos, conocidos e instituciones que deberían estar dispuestas a ofrecer ayuda ante las necesidades materiales, psicológicas y sociales del enfermo.

Alvarado (1985), dice con respecto al soporte social que es la ayuda importante que en situaciones de pérdida o de crisis proviene de parte de Instituciones o personas con el que el sujeto está relacionado. El soporte social actúa a manera de amortiguador entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad, hay evidencia entonces para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del enfermo.

Un buen soporte social no sólo sería un factor externo facilitador de salud mental, sino que también lo sería por la formación interiorizada de un sentido de “sí mismo” seguro y positivo en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte social implica que el sujeto tiene varios roles para fortalecer su “sí mismo” y dar un sentido reforzante y positivo a su vida.

La enfermedad física, el trastorno depresivo y a veces la carencia de soporte social percibido y efectivo afectan definitivamente la vida del enfermo, teniendo entonces que replantear sus prioridades, el adaptarse a nuevos estilos de vida, el convivir lo mejor posible con la enfermedad, haciéndose difícil el proceso de adaptación en la mayoría de los casos, si no encuentra el apoyo psicológico y soporte social suficiente.

Entonces tener una enfermedad altamente contagiosa como la tuberculosis pulmonar, el entrar a un programa de tratamiento antituberculoso prolongado y supervisado, el pertenecer a una red social pequeña, los problemas familiares,

sociales y económicos que tiene que vivir el paciente con tuberculosis pulmonar; podrían afectar su estado psicológico y su interacción social de forma negativa.

## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se puede formular por medio de las siguientes preguntas:

- ¿Qué diferencias existen entre los niveles de depresión y el soporte social en los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus tres categorías de ingreso: nunca tratados, recaídas y crónicos?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el soporte social entre estos tres grupos de enfermos con TBP-FP?

## 3. OBJETIVO

### 3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer los niveles de depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en los diferentes grupos: nunca tratados, recaída y crónicos.
- Conocer los niveles de soporte social que tienen los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, en los diferentes grupos: nunca tratados, recaída y crónicos.
- Establecer la relación entre los niveles de soporte social y depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar los niveles de depresión en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos: nunca tratado, con recaída y crónicos.
2. Comparar los niveles de soporte social en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos: nunca tratado, con recaída y crónicos.

3. Correlacionar las variables depresión y soporte social del enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

#### 4. HIPÓTESIS

##### 4.1. HIPÓTESIS GENERAL

- H1. Existe diferencia en los niveles de depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en los grupos: nunca tratados, con recaída y crónicos.
- H2. Existe diferencia en los niveles de soporte social que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en los grupos: nunca tratados, con recaída y crónicos.
- H3. La variable depresión y la variable soporte social se relacionan negativamente en el grupo de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

##### 4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus categorías: nunca tratados y recaída.
- H2 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus categorías nunca tratados y crónicos.
- H3 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión que presentan los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus

categorías recaídas y crónicos.

- H4 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soporte social de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus categorías: nunca tratados y con recaídas.
- H5 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soporte social de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus categorías: nunca tratados y crónicos.
- H6 Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soporte social de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus categorías recaídas y crónicos.
- H7 Existe correlación negativa entre los puntajes de depresión y soporte social de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

## 5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La tuberculosis pulmonar en el Perú es considerada como un gran problema de salud pública haciendo el estado grandes esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir de la categoría de país endémico debido a que esta enfermedad es altamente contagiosa y causa la muerte.

Como es de conocimiento a la enfermedad física se agregan los trastornos psicológico siendo la depresión la más frecuente. Según el Programa salud mental del Ministerio de salud durante el año 2000 sólo en los establecimientos del primer nivel de atención se atendió a 86,560 nuevos casos, dentro de estos números se considera también a todos aquellos que presentan alguna enfermedad física, se podría decir que las enfermedades crónicas que causan dolor y limitan la interacción social están frecuentemente acompañadas por la desmoralización y el trastorno depresivo.

Se hace importante también para la presente investigación considerar que algunos medicamentos afectan el estado emocional de los enfermos, en el caso de la tuberculosis pulmonar las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) según el Programa de Control de la Tuberculosis año 2000 reportó en Lima que sólo el 3.4% del total de casos las presentó, así mismo los enfermos en un 99% refieren que los sistemas más afectados son el gastrointestinal, la piel, etc. y sólo el 1% fue afectado en su sistema nervioso central (convulsiones e insomnio). No existen informes específicos de trastorno depresivo en los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo por recibir medicación DOTS, pero si existen algunos casos de depresión y sicosis por efectos de la ciclocerina en los enfermos multidrogorresistente que toman medicación DOTS-Plus.

La situación del enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo se vuelve aún más crítica debido a que no sólo tiene una enfermedad física altamente contagiosa y va manifestando síntomas depresivos, sino también que como consecuencia de los grandes problemas socio-económicos que vive el país sus redes de soporte social son pequeñas, éstas escasamente le dan el soporte social efectivo durante los meses que recibe el tratamiento antituberculoso, lo que finalmente repercute negativamente en la recuperación del enfermo.

En las últimas décadas la investigación psicológica dentro del contexto de las enfermedades físicas han revelado la relación que existe entre la depresión y el soporte social, donde a menor soporte social hay un aumento del nivel de depresión, lo cual no favorece el restablecimiento pleno del enfermo. En todo caso en los enfermos con TBP-FP nunca tratados, con recaída y crónicos existe la intensificación de los síntomas depresivos que genera en ellos un bajo nivel de autoestima y retracción social, sus habilidades comunicacionales y sociales se tornan deficientes para interactuar y conseguir de su red social el apoyo que necesita durante los meses de tratamiento antituberculoso, con lo cual se corre el riesgo de ser con un paciente irregular al tratamiento, lo abandone o se convierta en un multidrogorresistente.

Entonces si las variables psicológicas y sociales fueran evaluadas y detectados precozmente servirían, primero como predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso, previniéndose también que la red social corra el gran riesgo de ser contagiada, ya que una persona bacilifera en un año podría contagiar entre 4 a 10 personas de su red social y en segundo lugar se brindaría la atención psicológica y social para disminuir el riesgo de intensificar los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física y mejorar la actividad soportiva de la red social.

Por tal motivo la presente investigación tiene vital importancia porque la tuberculosis pulmonar frotis positivo, sus implicancias y repercusiones psicosociales hasta la actualidad, no han sido exhaustivamente investigadas en nuestro medio, de tal manera que se investigó la relación entre los niveles de las variables depresión y soporte social en enfermos con TBP-FP, eligiéndose al género masculino debido a las característica que presenta en comparación al género femenino. Según los informes del Ministerio de Salud (2000) los varones constituyen el 60% de los enfermos TBP, comparado con el grupo de mujeres que sólo llega al 40%, ellos son considerados como un grupo vulnerable debido a la existencia de mayores factores de riesgo dentro de su red social como: condiciones de trabajo, descuido de su salud, conductas riesgosas, delincuencia, alcohol y drogas que los conduciría a contraer las enfermedades transmisibles rápidamente, así mismo son mínimos los factores protectores dentro de la red social cuando ellos enferman. Para establecer las comparaciones y hacer las descripciones de las variables en los sujetos de la muestra se evaluó a tres grupos de enfermos con diagnóstico de TBP-FP según su categoría de ingreso al Programa de control de Tuberculosis : los nuevos, con recaída y crónicos, quienes recibían atención en Centros de salud periféricos de cuatro conos de Lima Metropolitana.

En cuanto a la pertinencia precisamos que nuestra experiencia profesional como Psicóloga clínica en un Centro de salud periférico nos permite estar en contacto directo con los enfermos TBP-FP en todas sus categorías de ingreso y

facilita la evaluación psicológica e intervención adecuada a nivel individual, familiar y con su red social. Así mismo, se hace uso de los conceptos y la base teórica del objeto de la investigación.

A esto se agrega la falta de investigaciones a cerca del nivel de soporte social en los diferentes grupos de enfermos TBP-FP, desconociéndose hasta que punto ellos podrían contar con una red social amplia y adecuada que esté disponible en casos de emergencias, brinde el apoyo emocional y práctico durante una larga y dolorosa enfermedad social como es la tuberculosis pulmonar. Sabiéndose también que existe en cualquier sistema social representaciones negativas a cerca de estar enfermo con tuberculosis, que lleva al paciente a tener cogniciones negativas y síntomas depresivos.

Ante los hechos descritos la investigación también se justifica en los aspectos teóricos como prácticos. Desde el enfoque teórico es importante pues contribuirá con un nuevo enfoque metodológico que permita incrementar y profundizar el conocimiento con respecto a saber los niveles de depresión y soporte social que tiene el enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus tres categorías de ingreso al Programa de Control de Tuberculosis.

En el enfoque práctico, la información generada contribuirá a establecer estrategias de detección e intervención precoz de acuerdo a los niveles de depresión que afecten a los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo y en los aspectos de soporte social se podría sensibilizar y dar soporte informativo a los familiares del enfermo, comunidad en general y al personal de salud a cerca de un mejor trato hacia este tipo de paciente.

Así mismo, la práctica profesional del Psicólogo en los establecimientos de salud tendría algunos parametros establecidos para elaborar intervenciones psicológicas con el enfermo y organizar talleres psicoeducativos con los familiares o miembros de la red social, lo que incrementaría el nivel de

efectividad y eficiencia del trabajo psicológico dentro del Programa de Control de la Tuberculosis.

## 6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tuvo algunas limitaciones en los aspectos administrativos y en el proceso de evaluación psicológica.

Los trámites administrativos y coordinaciones a nivel de las Direcciones de salud fué lento invirtiéndose hasta dos semanas por cada DISA.

Los establecimientos de salud considerados por cada DISA se ubican en zonas periféricas de Lima Metropolitana y cuentan con mínimas condiciones físicas para realizar las entrevistas y evaluación psicológica a cada enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

Una limitante para obtener un número mayor en la muestra es que los enfermos del Programa de control de tuberculosis, acudian a recibir las medicinas en el horario de 8.00 a.m a 8.00 p.m., lo que genero que los investigadores laborarán en jornadas de hasta 12 horas para lograr captar al enfermo según el criterio de inclusión.

Otra limitación podría ser el riesgo que corre el investigador de ser contagiado con TBC al evaluar a enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo; debido a que no es conveniente usar mascarillas en el proceso de evaluación lo cual impide un buen rapport.

Financieramente no se contó con apoyo de ninguna Institución, por lo cual el costo de la presente investigación se elevó, aún más cuando se tuvo que esperar a los pacientes por 12 horas aproximadamente.



Por otro lado en nuestro medio existe un déficit notorio en el campo de la investigación y publicación Psicológica a cerca de estudios referidos a la relación entre la depresión y el soporte social en el caso de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, lo cual no permite el contraste de los resultados con trabajos anteriores para la muestra poblacional evaluada.

## *CAPÍTULO II*

### MARCO TEÓRICO

#### 1. ANTECEDENTE DEL ESTUDIO

En lo que respecta a la investigación psicológica de los niveles de depresión y soporte social del enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo no se encuentran a la fecha investigaciones, existiendo en nuestro medio estudios descriptivos que señalan rasgos de personalidad evaluados a través de test psicológicos de tipo psicométrico y proyectivo, o niveles de depresión . La mayoría de los estudios se han realizado en ambientes hospitalarios con enfermos crónicos y son pocas las investigaciones realizadas en enfermos ambulatorios de establecimientos de salud periféricos.

Entre las investigaciones revisadas consideramos a:

*Acevedo (1954)* señala que la tuberculosis acentúa los conflictos emocionales que ya existen previamente en las personas antes de la enfermedad tuberculosa, consideraba por lo tanto que la personalidad previa del enfermo incrementa los trastornos emocionales que éste sufría al enfermar de tuberculosis.

**Gutierrez (1966)** menciona que los enfermos con tuberculosis crónica sometidos a prolongadas hospitalizaciones recelan de los efectos que produce la enfermedad y lo que más los angustia es la larga evolución clínica y la necesidad de permanecer años en reposo obligatorio, obligándolo a limitaciones en su vida futura, frustrando sus ideas de vida y salud. Presentan reacciones psíquicas patológicas caracterizados por la depresión, sentimientos de tristeza y culpa, intranquilidad, reacciones coléricas, disturbios del sueño, etc.

**Vilcapoma (1972)** sugiere que los adultos tuberculosos se desenvuelven cotidianamente en un ambiente de temor, ansiedad, angustia y dificultades en sus relaciones interpersonales. Que en un marco general de personalidad esquizoide; son las pacientes del sexo femenino las que se presentan como más sensibles, introvertidas, tímidas e inseguras; pero al mismo tiempo son algo más bondadosas y sentimentales. Igualmente refiere que los enfermos con tuberculosis muestran un cuadro psicopatológico potencial producto de la enfermedad que puede no llegar a desarrollarse.

**Blondet (1974)** realizó su investigación en el Hospital Hipólito Unanue con 50 enfermos tuberculosos hospitalizados y 62 pacientes ambulatorios concluye: que los hospitalizados son más extrovertidos que los ambulatorios, y estos últimos presentan mayor neuroticismo que los primeros.

**Vilcapoma (1976)** obtuvo el perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados utilizando el MMPI en 147 pacientes: 34 del sexo masculino, 113 mujeres, de 20 a 30 años. Se incide más en la escala Depresión. Los resultados muestran enfermos tuberculosos con cuadros depresivos, con manifestaciones de insatisfacción, miedo y preocupación excesiva.

*Accinelli y León Barua (1981)* encontraron relación entre tuberculosis pulmonar y depresión en 42 pacientes tuberculosos y 42 pacientes controles de diversas enfermedades físicas. Se utilizó el Symptom Checklist-90 que es una lista de registro de síntomas y que comprende 7 dimensiones: ansiedad, cólera, somatización, depresión, obsesión-compulsión, hostilidad, y escalas adicionales (alteración del apetito y sueño), pensamiento de muerte y sentimientos de culpa. Sus resultados muestran que los enfermos con tuberculosis pulmonar tienen niveles de significancia más alta en las dimensiones de ansiedad, somatización, escalas adicionales, depresión y obsesión-compulsión, que en los pacientes del grupo control.

Se concluye que los pacientes con tuberculosis pulmonar tienen mayor tendencia a manifestar una depresión que los portadores de otras enfermedades, manifestando un incremento en su anorexia o bulimia; así como abandonar el tratamiento médico.

*Matos T, María (1985)* aplicó la escala de autoreportaje de depresión de Zung modificado a 200 enfermos con tuberculosis pulmonar ambulatorios del Hospital Hipólito Unanue, habiendo encontrado respuestas depresivas en ellos. El 55% corresponden al sexo masculino presentando niveles de depresión leve a intensa, mostrando un mayor número en el nivel de depresión leve en lo que respecta al sexo femenino 45%.

*Figeroa Alvarado, M. (1990)* realiza un estudio prospectivo y transversal de tipo encuesta en el Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima usando el Inventario de depresión de Beck en 224 enfermos: 114 varones y 110 mujeres, de 18 a 65 años de edad, que sean alfabetos; encontrando un 64.7% de los enfermos con síntomas de depresión leve, y 49.6% con depresión moderada, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los varones nacidos en provincia y los de baja escolaridad, ambos a  $p < 0.001$ . Se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos es alta en los enfermos que acuden a los consultorios de

medicina y que pueden existir algunas características que sugieren una mayor predisposición.

*Valencia Torres, A. (1995)* estudio a 100 pacientes; 50 varones y 50 mujeres hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a quienes evaluó utilizando el DSM IV, en base a la historia clínica psiquiátrica y las Escalas de Hamilton para la depresión y Zung para la ansiedad. Se encontró que del 82% de los pacientes el 56% tenían ansiedad, y 41% depresión siendo la mayor incidencia de depresión en el grupo de los varones, y la ansiedad para las mujeres; se llegó a concluir que la ansiedad y depresión son muy significativas en la tuberculosis.

*Iwashita Nishida, A. (1998)* realizó un estudio en la Sub región de salud norte con 200 hombres y 100 mujeres en las categorías: nuevos, retratamiento, recaída, abandono, para determinar la influencia de las variables psicosociales en el enfermo con tuberculosis, identificando niveles de significancia entre las variables psicológicas de autoconcepto, interacción familiar y depresión. Los pacientes con TBC pulmonar presentan: depresión moderada en un (44.7%), seguida de intensa a severa por el (28.6%) y leve por el (26.7%). En la relación de niveles de depresión y categoría de pacientes, existió una asociación significativa ( $p < 0,05$ );  $X = 114,29$ ;  $g.l. = 6$ ), en donde el mayor porcentaje de depresión intensa o severa (54.6%) se registro en abandonos, seguido por los retratamientos y recaídas con depresión moderada (32.1% y 23.1%) y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis (70%); es decir los pacientes abandonadores fueron más depresivos que los retratamientos y recaídas.

*Zárate Cáceres, H. (1999)* realizó un estudio prospectivo longitudinal de cohorte único, en el cual se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes a los Centros de salud del cono norte de Lima. Se encontró que el 28.5% abandono el tratamiento y 71.5% no

abandonaron, respecto a la distribución de variables psicológicas se halló depresión moderada (42.3%), el autoconcepto bajo (46.5%) y la satisfacción familiar media (48%) en estos enfermos.

Concluyendo en que los puntajes elevados de síntomas depresivos, puntajes bajos de autoconcepto satisfacción familiar y la condición previa al tratamiento se asocia significativamente al abandono del tratamiento antituberculoso y constituyen factores de riesgo para abandonar el tratamiento antituberculoso. De éstos, los factores más importantes son la sintomatología depresiva moderada-severa y el abandono previo.

En lo referente al *SopORTE Social* tenemos las siguientes investigaciones:

*Alvarado, C. (1985)* la finalidad de su investigación fue la de comprobar si existía relación entre el desorden de adaptación y un sistema de soporte social deficiente y si hay relación directa entre un pronóstico favorable de recuperación del desorden de adaptación y su adecuado soporte social.

El estudio se realizó en el servicio de consulta externa de adultos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-H. Noguchi, se trabajó con 32 casos diagnosticados bajo los criterios de la DSM-3 como desordenes de adaptación con un seguimiento de 12 semanas cuantificándose tanto el soporte social como la intensidad de la sintomatología del desorden mediante la aplicación del inventario de red de soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak, así como el SRL 9OR Derogatis respectivamente. Los resultados comprueban ambas hipótesis, pero se les da a los mismos un carácter de primera aproximación al problema.

*Busse, U. (1989)* Estudio el autoestima en adolescentes urbano marginales y su relación con el soporte social brindado por padres y pares, trabajó con 50 adolescentes, 25 varones y 25 mujeres, entre los 15 y 18 años, utilizó el Soporte social Network Questionary y el inventario de autoestima de Copertsmith forma

C, como instrumento de evaluación, comprobó que la mayor presencia de pares como recurso en la función de socialización se encuentra estrechamente vinculada con un mayor nivel de autoestima y por el contrario una mayor presencia de padres en esta función se relacionaba con un nivel de autoestima menor. Las funciones del soporte social no se relacionaban significativamente con los niveles de autoestima.

**Zanólo, B. y Gómez, R. (1992)** En una muestra con 141 estudiantes universitarios de psicología, de dos universidades limeñas, 47 varones y 94 mujeres obtuvieron la confiabilidad de la escala de Soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak, aplicando el coeficiente alfa de combrach en la totalidad de la muestra obteniéndose un  $\alpha=0.89$  K, el cual es bastante significativo, que indica que los reactivos de la escala están diseñados de tal forma que miden la misma característica. Además realizaron la Baremación del instrumento.

En base a los resultados se puede apreciar que en la población universitaria no se encuentran diferencias con respecto al soporte social en relación al tipo de universidad y sexo. El alto coeficiente de confiabilidad indica que la escala puede ser empleada en el area clínica como instrumento de diagnóstico y pronóstico del paciente.

**Gómez, R. (1994)** Encontró que la estructura del cambio en el proceso de psicoterapia tiene relación importante con el soporte social, él dice: “el soporte social, su consolidación a través del aumento en cantidad y calidad de las relaciones interpersonales se muestran sensibles en su vínculo con los problemas personales y su recuperación”.

**García, A. (1995)** investigó sobre el autoestima y el soporte social en un grupo de trabajadoras sexuales del Callao atendidos en los Servicios de Psicología del Centro Antivenereo del Callao, en las edades de 18 a 45 años, encontrando los

siguientes resultados: Las trabajadoras sexuales expresan niveles de baja autoestima que incapacitan otras funciones psicológicas: como la toma de decisiones, riesgos, depresión, etc. Las trabajadoras sexuales manifiestan bajos niveles de soporte social.

Los niveles de soporte social en las trabajadoras sexuales manifiestan diferencias significativas según las variables de edad, estado civil, edad de la 1ra. Relación sexual y lugar de trabajo. Los niveles de autoestima y soporte social mantienen una correlación positiva moderada.

*Alvarado Muñoz, R. (1992)* En Chile realizó un estudio comparativo de 3 dimensiones psicosociales (eventos vitales, soporte social y percepción central), entre un grupo de 40 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo y/o ansiedad y/o somatoforme con un grupo equivalente de control. El grupo clínico presentó diferencias estadísticamente significativas del grupo control con mayor puntaje en la escala de eventos vitales, puntaje menor en el soporte social y tendencia en la percepción de control interpersonal hacia la externalidad. Al analizar las relaciones entre las diferentes variables psicosociales se aprecia que los eventos vitales son independientes de las otras dos y que el soporte social y la percepción de control se hallan asociadas entre sí.

## 2. BASES TEÓRICAS

### 2.1 .Tuberculosis Pulmonar

Para conocer la etiología, anatomía, epidemiología y descripción de la tuberculosis pulmonar se utilizará el Tratado de Medicina Interna de Wyngaarden y Smith (1988) Al definir la tuberculosis pulmonar debemos referirnos a la historia del agente causal y esto ocurrió hace más de 115 años, cuando Koch descubrió en 1882 el bacilo causante de la tuberculosis, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa crónica causada por microbacterias del “complejo de la tuberculosis” sobre todo *Mycobacterium tuberculosis*.



### *Etiología*

El microorganismo que causa la tuberculosis pertenece al género *Mycobacteriaceae* del orden *Actinomycetales*. El *M. Tuberculosis* es un parásito intracelular obligado que comparte con otras microbacterias una calidad de tinción características. El término popular de bacilos resistentes al ácido se basa en esta calidad. Dicha resistencia es consecuencia de la retención de Carbofucsina (a ciertos colorantes fluorocrómicos) después de lavar con ácido, alcohol o ambos.

### *Epidemiología*

La infección suele transmitirse de una persona a otra por la inhalación de gotitas infecciosas que se producen por la forma de aerosoles de secreciones respiratorias. El origen del material infeccioso es por lo regular, un adulto con tuberculosis pulmonar cavitaria. Los factores más importantes que determinan el contagio son las concentraciones de microbios en esputo, la cercanía y duración del contacto con el caso de inicio.

Otros factores importantes son: la frecuencia de tos, hábitos personales del enfermo, la eficacia con que se producen los aerosoles por actividad (canto, hablar en voz alta y reír), la circulación del aire y la ventilación de la zona de contacto. Una situación favorable a la adquisición de la enfermedad sería por ejemplo: una casa llena de personas y mal ventilada donde habitan varios niños de corta edad y un adulto con esputo muy positivo (BK + con más de una cruz).

La tuberculosis puede afectar a cualquier aparato o sistema, pero el pulmón es el sitio más ordinario de la lesión primaria y el principal órgano afectado, así tenemos:

#### *a. Tuberculosis Primaria*

Es la enfermedad en una persona que ha sido infectada con una microbacteria virulenta del complejo de la tuberculosis. Esta definición excluye a

las personas que se han vacunado con BCG o que han sufrido infección por otras Microbacterias, es frecuente tanto en niños como en adultos de todas las edades. La mayor parte de las infecciones primarias son sub clínicas y no se descubren por procedimiento radiográficos comunes. Sin embargo, puede comprobarse con una conversión de la prueba dérmica a la tuberculina.

Cuando va acompañada por síntomas, datos radiográficos o ambos casos, la enfermedad se llama tuberculosis primaria manifiesta. En la enfermedad primaria progresiva, las lesiones aumentan de tamaño y sufren necrosis Caseosa, se licúan y forman cavidades.

#### *b.Tuberculosis de Reactivación*

Se refiere a la enfermedad en adultos, suele deberse a reactivación de focos inactivos en las porciones posteriores de los lóbulos superiores, que fueron sembrados a partir de torrente sanguíneo durante la infección primaria temprana.

En ocasiones la enfermedad del adulto es consecuencia de un nuevo inóculo de bacilos tuberculosos, es una persona ya sensibilizada por infección previa. Este trastorno se conoce como reinfección exógena la que se caracteriza por un curso crónico, caseificación del material caseoso hecho líquido, formación de cavidades y aparición simultánea de curación y progresión en zonas diferentes del pulmón.

El inicio de la enfermedad puede ser insidioso, hemoptóico, agudo o catarral por la presencia de tos cada vez más productiva y estrias sanguíneas ocasionales en el esputo. En el primer caso hay aparición gradual de fatiga, anorexia, pérdida del peso y otras molestias vagas, después aparece fiebre intermitente.

### 2.1.1. Tuberculosis y Factores Sociales

Algunas investigaciones efectuadas en nuestro medio sobre la tuberculosis pulmonar y factores sociales indican según:

*Matos T, M. (1985)* que la tuberculosis se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, siendo considerada como la segunda causa de muerte entre los grupos de edad de 15 a 44 años de edad y en algunos lugares como la primera causa con cifras absolutas. Esto, sumado a la condición de abandono al tratamiento, manifiesta la aparición de resistencias secundarias a las drogas usadas en los programas de salud, adquiriendo entonces gravedad en poblaciones de escasos recursos económicos.

Si bien es cierto que la tuberculosis se presenta en todo el país, esta adquiere una condición de mayor riesgo en el grupo de migrantes provenientes de zonas rurales de la sierra hacia la selva, o hacia áreas urbano marginales de la costa.

*Mamani (1995)* realizó un trabajo en el distrito de Quillabamba - Arequipa en una muestra de 64 sintomáticos respiratorios de 1 a más años de edad; siendo el objetivo determinar cuál de los factores: económicos, social, cultural e inmunológico condicionan la tuberculosis pulmonar.

Se encontró que de los 64 sintomáticos respiratorios, 2 niños de 5 a 6 años, estuvieron infectados con tuberculosis pulmonar lo que representó el 3.1%, resultando factibles en un 6.3% y 3 representan el 4.7% del total de los sintomáticos respiratorios examinados.

En conclusión, que el número de personas, dormitorios, camas por dormitorio, las condiciones de vida, el saneamiento básico, iluminación y ventilación, nivel de conocimientos, ocupación, número de personas, el ingreso económico mensual familiar y el grado de instrucción ofrecen diferencias significativas en la presencia de la tuberculosis pulmonar de sintomáticos respiratorios.

*Medina (1995)* realizó un estudio en el Hospital de Apoyo Camán en la provincia y distrito de Camán, Arequipa. Su población estuvo constituida por 106 individuos dispuestos en 2 grupos: uno de ellos corresponde a casos y el otro grupo de control, sin límite de edad y sexo. Siendo el objetivo determinar cuáles de los factores de riesgo: social, económico, cultural, nutricional e inmunológico determinan la presencia de la tuberculosis en Camán.

Se encontró que 96.2% presentaban tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva un 79.2%, concluyendo que todos los factores de riesgo estudiados, tienen una alta incidencia en la enfermedad de tuberculosis en esta zona del país.

*Iwashita Nishida, A. (1998)* realizó un estudio en enfermos con tuberculosis en el cono norte de Lima Metropolitana, hallando que los enfermos crónicos reincidentes, provienen de un medio de extrema pobreza, caracterizados por un bajo ingreso económico, conflictos familiares, bajo autoconcepto y depresión en grados patológicos. Confirmando la relación altamente significativa y negativa con interacción familiar ( $r = -0.63$  y  $0.60$ ;  $p < 0,001$ ).

Algunas investigaciones realizadas en otros países del mundo sobre la tuberculosis pulmonar y los factores sociales nos indican según:

*Ferrel (1993)* realizó un estudio de la incidencia de la tuberculosis pulmonar en Bolivia considerada como un grave problema de salud pública, su efecto en todos los grupos etáreos, con especial énfasis a la población económicamente activa, encontrándose en 1991 que de cada 100,000 habitantes, 121 tenían tuberculosis pulmonar confirmada, siendo esta cifra la más elevada de centro y latinoamérica.

*Murzi (1996)* menciona su experiencia en la lucha antituberculosa en Venezuela, en el estado de Techira en Caracas, encontrándose que existen

suficientes evidencias de que la tuberculosis está recrudesciendo en el mundo debido a la superpoblación, la creciente pobreza, el descuido de la lucha antituberculosa, y la falsa sensación de seguridad creada por los medicamentos específicos.

*Wilkins, K. (1996)* determina factores de riesgo para contraer la tuberculosis, encontrando que en Canadá en 1994 un total de 2074 personas fueron diagnosticadas con tuberculosis, lo que equivale a 7.1 casos por 100,000 habitantes. En el mismo año, una persona de cada 1,400 murió por causas de la tuberculosis y en todos los casos los factores comunes fueron la inmigración; que da lugar a que las familias vivan en condiciones precarias portando la enfermedad desde su país de origen, el hacinamiento de la vivienda y la exposición al contagio dentro del hogar.

*Connolly, M. y Nunn, P. (1996)* en Génova Italia encontraron que la tuberculosis es la que origina infecciones causantes de la muerte en mujeres de todo el mundo, amenazando la seguridad de la salud de las mismas por el incremento en el riesgo y el progreso de este mal durante la fase reproductiva. Los autores encontraron que el miedo y el estigma asociado a la tuberculosis tiene un mayor impacto en las mujeres que en los hombres, además ellas dejan frecuentemente posiciones económicas y sociales y luego viven precariamente.

*Lima, Belluomini, Almeida y Arantes (1997)* manifiestan que Brasil se encuentra en el agravamiento de la endemia tuberculosa, solicitando una reformulación de los programas antituberculosos, así mismo las causas son: la migración, la pobreza, la disminución de recursos para los programas de control y la asociación de esta enfermedad al SIDA.

*Sánchez-Pérez H. y Halperin-Frich, D. (1998)* analizaron las experiencias recientes con la tuberculosis; con el fin de determinar el control de la tuberculosis pulmonar en la Región de Chiapas-México. Encontraron que una

población en riesgo es aquella cuyos centros de salud no cuentan con adecuada infraestructura sanitaria y al existir pobreza su gente indigente tiene menos acceso a contar con un servicio de salud privado.

*Ait Khaled, N. Enarson, D. y Billo, N. (1998)* según un informe de la OMS describen la tendencia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar durante los próximos 10 años a partir de 1990 hasta el milenio, determinando que 88 millones de personas podrían ser nuevos casos de tuberculosis y que 30 millones de personas podrían morir a causa de esta enfermedad, a consecuencia directa de un inadecuado tratamiento ocasionado por la presencia de múltiples resistencias a la Isoniazida y Rifampicina, además de considerar que la tuberculosis recrudece en ciudades en desarrollo empeorando a causa de la pobreza y el sobrepoblamiento en las viviendas marginadas.

#### 2.1.2. Tuberculosis e Interacción Familiar

En cada familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, a todo esto se suma el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, desencadenando determinadas actitudes hostiles y ciertos tipos de conductas que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia.

Siendo la tuberculosis pulmonar una enfermedad que tiene mayor incidencia en países en desarrollo, su investigación ha empezado a ser considerada en países industrializados, a partir de 1994, como Estados Unidos, Canadá, Francia, etc., y depende no sólo de que existe el báculo de Koch en las personas infectadas, sino que las investigaciones coinciden en que existen una serie de factores complementarios que predisponen su aparición.

El estudio de esta enfermedad en relación exclusiva con aspectos de la

interacción familiar del paciente con tuberculosis pulmonar, ha sido efectuada por ejemplo en República Dominicana por los autores: Luna, A.; Díaz, V.; Suero, A; y Rondon, H. (1985) al estudiar las variables: desnutrición y la tuberculosis en niños, correlacionándolos con la familia.

Estos autores estudiaron 50 niños internados en el Hospital Robert Reid Cabral con el diagnóstico de tuberculosis y desnutridos. Se encuentra que esta patología es más frecuente en lactantes y en los desnutridos de grado III, llegándose a detectar que el foco infeccioso en un 30% provenía de sus propios padres, por la interacción frecuente con ellos y la falta de educación sanitaria.

## 2.2. Depresión

La depresión es una perturbación compleja. Es un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto sufrimiento psíquico que le produce como por sus secuelas personales y sociales. El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero y estable, un síntoma o una estructura psicopatológica ya que va mucho más allá de esto.

La Organización Mundial de la Salud (2000) considera a la depresión como un mal endémico y potencialmente letal, lidera las causas de discapacidades en el mundo impactando sobre el paciente, su familia y su entorno social. Es padecida por más de 50 millones de personas, la tasa de prevalencia es de 3 a 6% de la población en general, el riesgo de morbilidad, la posibilidad de enfermarse durante su vida, es del 20%, lo que implica que de cada cinco personas que nace una padecerá depresión al menos una vez en su vida y de éstas, el 70% de los casos tendrá más de un episodio. La edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad.

Las estadísticas demuestran también que ha sido severamente subestimada en el mundo, un problema que se prolongó hasta hoy y se predice que empeorará en el

futuro. Otra realidad preocupante es que a menudo la depresión se subdiagnostica y se trata de manera inadecuada, un hecho grave si se considera que es una enfermedad con tendencia a la cronicidad o a la recurrencia, con una tasa de recaída que alcanza al 80% de los enfermos.

### *Historia de la Depresión*

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien acuñó el término melancolía (*melanos*: negra-*cholus*: bilis) por considerar el exceso de bilis negra en el cerebro como la etimología de esta enfermedad. A partir de ésta, las teorías sobre el origen de la depresión han ido variando de acuerdo a cada época. Así se encuentra presente a lo largo de la historia, en todas las culturas y es factible hallar enunciadas distintas etiologías y diferentes formas de resolución de ésta en la literatura de cada época.

Areteo de Capadocia, en el siglo II de la era cristiana, desecha la etiología hipocrática y atribuye, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales.

Luego, en la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuido a la posesión demoníaca, el castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores, entre otras.

Lo hereditario y lo temperamental en la etiología de la depresión también fue tomada en cuenta por Robert Burton, en su Anatomía de la melancolía (1621), cuando refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos.



Kraepelin, hacia fines del 1800, establece un sistema nosográfico con el que va a integrar, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maniaco depresiva. A estas afecciones les atribuye una causa orgánica, aún no demostrable, un curso característico y un desenlace previsible. Posteriormente aparece el cuño de “endógena”, que se gesta en sí misma, que no reconoce desencadenantes ni precipitantes en su génesis o mantenimiento. En forma relativamente simultánea, Abraham y Freud, a principios del siglo XX, comienzan a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, postulando que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro.

Desde estos postulados psicodinámicos, pasará un largo tiempo hasta la década de 1960 en que se enuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, según la cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Esta hipótesis, basada en hechos clínicos y experimentales, tuvo un gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de psicofármacos antidepresivos ya que éstos, a través de diferentes mecanismos de acción, promovían un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la biofase. Las consecuencias fueron buenas, ya que alrededor del 70% de enfermos mejoraron, pero también se sobresimplificó la etiopatogenia de tan complejo hecho de creer que con una mayor concentración de neurotransmisores se arreglaba el asunto. Investigaciones posteriores mostraron la insuficiencia de esta hipótesis, además el 30% de enfermos que no respondía estimuló la búsqueda de nuevas hipótesis y recursos terapéuticos más eficaces y con menores efectos secundarios.

Modelos más actuales que estudian la depresión, como el de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky integran factores: ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales y las repercusiones a

nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema CRF y noradrenérgico hiperactivo que responde en formas exageradas al estrés y torna vulnerables a los sujetos a los trastornos de ansiedad y depresión. Una limitación a este modelo es que no todo paciente con depresión tiene antecedentes familiares ni padeció maltrato infantil. De estos modelos se deducen recursos terapéuticos que aúnan medidas tendientes a resolver las bases biológicas, psicológicas y vinculares del cuadro con un importante aumento de la remisión.

### *Cuadro clínico*

Tesiny (1980) después de largas investigaciones concluye que el enfermo con depresión clínicamente se ve afectado en cuatro áreas de su funcionamiento:

- Afectiva: manifestación de pena y tristeza, mucho más duradera y penetrante. En algunos pacientes irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes.
- Cognitiva: manifestaciones de menosprecio hacia sí mismo. La persona piensa que es indeseable e inútil a su defecto y el se subestima y autocrítica por ellos.
- Motivacional: por un desempeño generalmente decreciente y desinterés por las actividades.
- Somáticas: caracterizadas por la fatiga, trastornos del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda.

#### 2.2.1. El Modelo Cognitivo de la Depresión

Tiene como antecedentes teóricos la Terapia cognoscitiva que se basa en el modelo psicopatológico que combina conceptos de la psicología cognoscitiva, social, las teorías del procesamiento de la información y psicoanalítica. Sus

principios y procedimientos derivan de elementos teóricos y empíricos. Una de las premisas fundamentales sostiene que las personas se sienten y actúan de acuerdo con la forma en que interpretan sus experiencias. Cualquier prejuicio en el procesamiento de la información afecta las cogniciones.

Algunos cuadros psiquiátricos específicos se acompañan de errores que resultan del deterioro de la función correctora de los procesos cognoscitivos superiores y contribuyen a él, por ejemplo los enfermos deprimidos se ven a sí mismos, sus experiencias y su futuro, como negativos.

Es así que de la terapia cognoscitiva proviene de los enfoques fenomenológicos de la psicología, el cual señala que la visión que tienen las personas de sí mismas y de su mundo determina su conducta, ésta deriva de los estoicos griegos. El énfasis filosófico en la experiencia subjetiva consciente nace en los trabajos de Emmanuel Kant, Martín Heidegger y Edmund Husserl, las ideas de estos pensadores influye en los psicólogos como: Alfred Adler, Otto Rank y Karen Horney y sus escritos contienen muchos elementos terapéuticos cognoscitivos.

La teoría estructural y la psicología profunda de Sigmund Freud contribuye a la organización jerárquica de los procesos cognoscitivos en primarios y secundarios, y a la noción de origen patógeno de los síntomas y afectos. Kelly (1955) habla de la experiencia personal como motivadora de la conducta, desarrolló la terapia de los constructores personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes en los pacientes y M. Arnold y R. Lazarus (1972) formulan las Teorías cognoscitivas de la emoción afirmando que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas.

Junto con la terapia cognoscitiva, abocada a encontrar soluciones a problemas de aquí y ahora, surge la racional-emotiva desarrollada por Albert Ellis (1973) el cual relaciona el estímulo ambiental, con las consecuencias emocionales, a través de la creencia interviniente, el objetivo de su terapia es

hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas.

La terapia conductual también colaboró en varias áreas terapéuticas como: estructuración de las entrevistas, programas de intervención y evaluación, así mismo se encuentran los aportes de A. Bandura, Jerone Frank.

El modelo cognitivo de la depresión surgió entonces a partir de las teorías terapéuticas anteriormente descritas y de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales realizadas por Aaron T. Beck (1963, 1964, 1967) con grupos de enfermos depresivos, todos los enfoques clínicos finalmente han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

#### *1. El Concepto de la Triada Cognitiva*

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

### *2. Organización Estructural del Pensamiento Depresivo*

Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas, o emprender actividades mentales voluntarias: solución de problemas, recuerdos. En tales casos inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

### *3. Errores en el Procesamiento de la información*

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, aquí se considera a:

*a. Inferencia Arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

*b. Abstracción Selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

*c. Generalización Excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

*d. Maximización o Minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento: error de tal calibre que constituye una distorsión.

*e. Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

*f. Pensamiento Absolutista, Dicotómico* (relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

### 2.2.2. Depresión y Enfermedad Física

Es importante mencionar el aporte teórico de Flatherty, Channon, Davis (1991), con respecto a la relación entre la depresión y enfermedad física. Señala que las variables se manifiestan de diversas maneras, una de ellas es la depresión como primer signo de enfermedad física, en donde se ubican las enfermedades infecciosas crónicas como la tuberculosis pulmonar, la segunda es la depresión secundaria a la enfermedad física, en donde la depresión es una de las formas habituales de reacción ante la presencia de una enfermedad física.

Alguno de los factores que desempeñan un papel destacado en esta reacción son: la edad de instalación de la enfermedad, el grado de discapacidad, la naturaleza de la enfermedad, la percepción del paciente de su imagen corporal y las modificaciones que se presentan como resultado de una enfermedad específica.

*Jerí (1992)* en su libro “Depresión en la práctica médica general” señala que otros investigadores como: Gelder, M; Gath, D; Mayou, R. (1980) del Oxford Textbook of Psychiatry encuentran que “sin desdeñar factores económicos, culturales, sociales y raciales de nuestra población, la prevalencia de depresión mayor alcanza a 122,000 hombres y 375,000 mujeres en el Perú, considerándose entre ellos a los enfermos autoinmunes. Este concepto tiene que ver con la enfermedad de la tuberculosis pulmonar, ya que se ha demostrado que resulta más fácil asimilar los bacilos de Koch cuando las defensas inmunológicas de una persona están bajas, a pesar de estar sana, y además cuando se convierte en un factor de riesgo y está expuesta a una causa necesaria.

*Jerí, R. et al. (1992)* en “Depresión y enfermedades somáticas”, menciona que la depresión está asociada a una diversidad de enfermedades somáticas y psiquiátricas, constituyendo muchas veces la manifestación inicial de una enfermedad física no diagnosticada, otras veces puede ser secundaria a la presentación o al tratamiento de una enfermedad somática asociada, siendo que; entre los desórdenes descritos y vinculados con la depresión estén las enfermedades autoinmunes. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que depende de la reacción inmunitaria no siendo posible prevenir su transmisión, ello forma parte de las enfermedades autoinmunes señaladas por Jerí.

### 2.2.3. Depresión y Tuberculosis

Por otro lado tenemos investigaciones en el extranjero, una de ellas

realizada en Estados Unidos por Westaway y Wolmarans (1992), quienes relacionan depresión y autoestima en enfermos de color, hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis. Estudian 100 casos de negros con tuberculosis (75 hombres y 25 mujeres), empleando el Inventario de Depresión de Beck, así como la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se muestra la existencia de una correlación entre ambas escalas ( $r = 0,92$ ;  $p = 0,001$ ) determinándose que la baja autoestima es un rasgo característico de la depresión.

A nivel de Latinoamérica, el trabajo efectuado en Brasil por Gozzano, J., Domínguez, A., Gambaro y Marcia, R., Antunes Duarte, M. et al (1989), estudian la ansiedad y depresión en 41 pacientes tuberculosos hospitalizados, empleando el cuestionario KDS-1 para medir niveles de ansiedad y depresión. Se encuentran que las variables presentan una relación inversa con las edades, siendo los enfermos con tuberculosis con más de un internamiento, quienes se mostraban más deprimidos que aquellos pacientes que se internaban por primera vez; concluyéndose de manera general, que los pacientes tuberculosos internados se muestran más ansiosos y deprimidos en comparación con los pacientes que no presentan tuberculosis.

#### 2.2.4. Depresión, Familia y Aspecto Social

Revisando los estudios a cerca de depresión y familia encontramos que *Alarcón, C. (1996)* mencionó tres características relevantes en la población pobre del Perú las que originan la presencia de síntomas depresivos; la pauperización económica, la marginalidad, los bajos niveles de educación y alta incidencia de analfabetismo.

De otro lado también es necesario considerar que, aunque el gobierno en la década del 90 ha creado aceleradamente centros educativos a nivel nacional con el propósito obvio de disminuir drásticamente esta alta incidencia de analfabetismo en el Perú, aún no se ha logrado evitar la pauperización económica y marginalidad



social, y con ello mejorar la calidad de vida de los peruanos y crear nuevas redes de soporte social.

Es de esperar que también existan deficiencias en la alimentación y salud, lo que implica que gran número de personas con escasos recursos económicos estén propensas a contraer tuberculosis pulmonar por sentirse deprimidos ante esta situación.

**Carrillo (1984)** refiere que dentro de la población marginal se presenta una estructura familiar caracterizada por uniones o convivencias circunstanciales a nivel de pareja, cuya eventualidad se expresa en que no están reconocidas legalmente un alto porcentaje de madres solteras, la presencia de diferentes hombres que por diversos motivos socioculturalmente, tienden a la procreación irresponsable que se traduce en: Hogares incompletos, uniones inestables, niños abandonados y falta de una integración familiar que origina el ausentismo paterno.

Entonces es de esperar que en la población marginal los vínculos de la familia sean distantes, poco comunicativos y descuidados en su salud “con tendencia a la depresión, por su situación económica y moral, con gran consumo de alcohol, dispuestos a agredir a las mujeres y niños, creando constantemente inestabilidad en el hogar, ya que el padre se muestra inadecuadamente demandante y exigente dentro de la familia”.

### 2.3. Soporte Social

La literatura en relación a los efectos del soporte social proviene de una variedad de fuentes. *Broadhead* y *Kaplan (1983)* refieren que es una variable de difícil estudio y que de una u otra forma guarda estrecha asociación con el desajuste emocional, considerando la temporalidad, fuerza y consistencia con que éste ocurre.

Haciendo algo de historia podemos encontrar que el término de red social surge de las ciencias sociales para luego derivarse al campo de la psicología.

Inicialmente fue planteado por científicos sociales de origen inglés, posteriormente en los años 50 los antropólogos y sociólogos desarrollaron este concepto con mayor profundidad, éstos últimos se concentraron en obtener una descripción más precisa de las redes o lazos sociales con el fin de investigar en que medida podían afectar la conducta de los individuos.

Es así que en estos años *Bowlby* (Psicoanalista inglés) también plantea su “Teoría del vínculo” afirmando que el soporte social es una figura de vínculo que se hace disponible desde los primeros años de vida del ser humano, entonces el niño deviene en un yo confiable, aprende a funcionar como soporte para otros y tiene menores posibilidades de psicopatología para su vida posterior. Bowlby también concluyó que la disponibilidad de soporte social sostenía la capacidad para vencer y dominar frustraciones y enfrentar problemas.

En la década de los 60, al volverse la psicología social más cognitiva se interesó en conocer cómo el individuo usa el dato social proporcionado por su red para mejorar su propia habilidad. A partir de este momento los investigadores se dirigieron a analizar las conductas que benefician a otras personas y las relaciones entre los miembros de la red más que en la estructura de la red misma, desplazando la psicología el interés de las redes sociales hacia las redes de soporte social o simplemente denominado soporte social.

*Nuckoll, Cassel, Kaplan (1972) y Brown (1975)* después de largas investigaciones reafirman la “Teoría del Amortiguamiento” la cual se refiere a las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés.

*Andrews, Tennant, Hewson y Schewnell, (1978)* encontraron que la combinación de eventos recientemente estresantes, con bajos niveles de soporte

social y experiencias sociales adversas en la niñez, predecían la ocurrencia de desajustes en la adultez.

Hay evidencia que los depresivos tienden a reportar falta de disponibilidad de soporte social. Winefield (1979).

*Eaton (1978)* encontró que la ocurrencia de eventos estresantes en la vida están asociados con mayores desordenes psiquiátricos, entre aquellos que viven solos o que no tienen pareja.

*Lin, Simeone, Ensel, Kuo (1979)* refieren que cuando examinan la potencialidad del soporte social en relación a los eventos vitales estresantes y a la enfermedad como consecuencia, encontramos más información proveniente de estudios acerca de circunstancias de vida y enfermedad.

*Blazer, Williams (1980)* dirigió sus investigaciones a la “Pérdida del soporte social” afirmando que éste se constituye en un factor de riesgo para las personas de la red social.

Como han señalado Schaefer, Coyne y Lázarus (1982), las investigaciones actuales sobre este problema resultaron estimulados por diversas observaciones teóricas que interpretaron los efectos de la desconexión social, por la pérdida de vínculos sociales, por muerte o separación, permanecer soltero o no ser ni geográficamente ni socialmente sedentario, a la luz de que las relaciones sociales sustentan la salud.

Observaciones en una variedad de ambientes evidenciaron entonces el rol importante que los vínculos sociales juegan en el ajuste psicológico y por ende en la recuperación de la salud. *Sarason (1983)* considera que el estudio del soporte social, aparentemente tan antiguo como el hombre mismo debe recibir hoy aliento

especial, en atención a su estrecha vinculación con el mantenimiento de la salud física y mental.

En la actualidad la asociación entre soporte social y el bienestar (entendiéndose como el mantenimiento de salud física y mental) ha sido ampliamente demostrado. Los familiares, amigos y confidentes juegan un rol importante en la vida cotidiana del ser humano más aún en los momentos de crisis. Sin embargo el interés de la psicología en estos fenómenos es reciente. Los trabajos en psicoterapia pusieron mayor énfasis en los aspectos estresantes del núcleo familiar y vinculaciones más cercanas, ya que por lo general se trata con pacientes.

### 2.3.1. Conceptualizaciones del Soporte Social

Las investigaciones en el campo de la salud y especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis han permitido la evolución de las definiciones de lo que es el soporte social, así tenemos que:

*Mitchell (1968)* fue uno de los primeros en dar una definición de soporte social, lo definió como: “un conjunto específico de uniones entre un conjunto definido de personas, con la propiedad adicional de que la característica de esas uniones como un conjunto, puede ser usado para interpretar el comportamiento social de las personas involucradas.” Mitchell en Gómez (1994).

*Weis (1969)* define el soporte social como las comodidades que el entorno debe proporcionar para mantener el bienestar psicológico.

*Kaplan (1974)* El soporte social implica un modelo perdurable de lazos sociales continuos o intermitentes que juegan un rol significativo en la integración

física y psicológica del individuo. La Red social provee al individuo recursos psicosociales para el mantenimiento de su salud física y emocional.

**Cobb (1976)** Se centro en la información intercambiante entre sujetos, información a través de la cual un individuo es: amado, estimado o valorado, y es parte de un grupo en el cual los individuos intercambian información y obligaciones mutuas.

**Biegel, Naparstek y Khan, (1980)** Los individuos existen dentro de una red de relaciones sociales y estos son importantes en la medida en que los proveen de apoyo necesario en situaciones de crisis, y en la vida diaria en general.

**House (1981)** Define el soporte social como una transicción interpersonal, en la cual se intercambia uno o más de los siguientes recursos:

1. Cuidado emocional (simpatía, amor, empatía).
2. Ayuda instrumental (Bienes y servicios).
3. Información acerca del ambiente.
4. Valoración del soporte (Información relevante de la autoevaluación).

**Nan Lin (1981)** Las redes sociales, constituyen la estructura que se observa si el soporte puede ser o no accesible al individuo y el soporte social se extiende a través de los recursos disponibles para el individuo.

**Flaherty, Gaviria y Broadhead (1982)** Consideran que el soporte social tiene dos efectos: uno positivo e independiente de situaciones de stress y otro actualizado y amortiguante frente a situaciones conflictivas específicas. Un buen soporte social no solo sería un factor externo facilitador de la salud mental, sino

también lo sería para la formación interiorizada de un sentido de “si mismo” seguro y positivo en los sujetos.

**Sarason (1983)** Manifiesta que el término de soporte social se refiere a la existencia o disponibilidad de personas, con las cuales se puede contar o confiar que brindarán su ayuda en cualquier circunstancia de la vida. Estas personas hacen saber al individuo que se preocupan, sienten amor por él y lo valoran.

**Kaplan (1985)** Define el soporte social como “El conjunto de relaciones de ayuda destinada a lograr un mejor desempeño en el medio”.

**Alvarado (1985)** El soporte social es la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza desde el punto de vista de pérdida o de crisis determinadas por los efectos de estresores psicosociales. El soporte social actúa de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad. Hay evidencia para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del individuo. La falta de contacto y de apoyo social en los sujetos parece ser un factor con un papel directo en la facilitación de los síntomas; esto quiere decir que las situaciones estables de bajo contacto social, la falta de una red de amigos y conocidos que ayuden moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y mentales.

**Gottlieb (1987)** El soporte social connota el intercambio de sentimientos positivos, confianza emocional y ayuda de diferentes tipos de individuos semejantes. Generalmente este término no es transferido a las relaciones que ocurren entre los profesionales y sus pacientes o clientes debido a la inexistencia de ayuda mutua.

**Ishii-Kunz, Seccombe (1989)** Define red de soporte social como el grado de compromiso de un tipo específico de relación en la cual cada individuo puede recibir ayuda o asistencia física y psicológica.

En conclusión la red social son las relaciones interpersonales en forma general, que el individuo realiza con su entorno, de esta amplia red emerge el soporte social que se refiere a las relaciones interpersonales estrechas, más cercanas con personas significativas para el sujeto, con quienes establece un rapport y empatía.

### 2.3.2 Teorías del Soporte Social

La literatura del soporte social ha tenido un éxito incuestionable en llamar la atención sobre la importancia de las redes sociales en el bienestar y la adaptación. Diferentes investigaciones han demostrado la asociación positiva entre el soporte social y el bienestar; sin embargo no existe unanimidad para determinar el proceso por el cual se da esta asociación, por ello se debe la existencia de tres teorías del soporte social, las cuales centran su atención en:

***1ra. teoría: El Soporte Social como una conexión interpersonal o modelo del efecto principal***

Enfatiza la estructura de las redes sociales, se centra en el análisis de las descripciones cuantitativas del ambiente social. Dicho análisis de la red se basa en el supuesto que las características estructurales de las relaciones proporcionan efectos beneficiosos ya sea en presencia o ausencia de eventos estresantes. Flannery y Wiemam (1987); Sarason (1990).

**Stokes (1983) en: Hobfoll (1986)**, al estudiar el tamaño de la red y la satisfacción con el soporte proporcionado encontró que, las redes de tamaño

mediano se relacionan previamente con la satisfacción del soporte, mientras que las redes pequeñas y grandes están relacionadas con la insatisfacción.

Por otro lado se ha encontrado que un componente importante de la satisfacción con el soporte brindado es la intimidad de las relaciones sociales. Así las redes grandes pueden reflejar la falta de intimidad en la red y las redes pequeñas indican dificultad del individuo para lograr intimidad.

Las investigaciones que han examinado el rol del soporte social en el impacto del divorcio y la viudez muestran que, una densidad alta en la red genera estados de ánimo negativos y un bajo nivel de autoestima, en contraste una baja densidad, es decir cuando los miembros de una red necesariamente no se conocen, promueven la adaptación a dichas situaciones.

*Nair y Jason (1985)* Han observado que la presencia de una red heterogénea proporciona un campo amplio de experiencias con personas diferentes, facilitando la adaptación del individuo a su medio.

*Cohen y Wills (1985); Sarason et.al (1990).* El comprometerse en una red social genera sentimientos de predicibilidad y estabilidad en la vida del individuo, así como de pertenencia a un grupo, el cual reconoce y valora sus méritos; pero necesariamente no proporciona recursos para enfrentar eventos estresantes.

*M. Vachon y Stylianos (1988)* La integración social sólo proporciona recreación, afecto y protege a la persona de la desesperanza asociada con la soledad.

## ***2da. teoría: El rol de los elementos funcionales del soporte social o modelo de protección mutua.***

*Cohen y Bolger (1990)* Plantea, que los recursos proporcionados por las



funciones del soporte social promueven el bienestar protegiendo o atenuando los efectos adversos de los eventos estresantes, pero siempre y cuando el soporte recibido vaya en concordancia con las necesidades específicas activadas por el agente estresante.

**C.Cutrona (1986)** Los recursos del soporte recibido permiten el enfrentamiento adaptativo a las demandas instrumentales y emocionales de la situación estresante. Se espera que ciertas funciones específicas de soporte social faciliten el enfrentamiento a circunstancias estresantes específicas. Sin embargo las investigaciones existentes muestran poca evidencia para esta propuesta, solamente el soporte de estima y el soporte de información relevan efectos atenuado bajo la presencia de un elevado nivel de estrés. Por ejemplo: el tener acceso a personas con las cuales se pueden conversar sobre determinados problemas, sumamente estresantes, genera bienestar en el individuo al momento de enfrentarlos, pero esto no sucede en situaciones estresantes donde se centra sólo en aliviar el malestar emocional o el sentido de desamparo, y sugiere la manera más adecuada de abordar un problema.

**Sarason, et al. (1990)** remarca que para tener éxito, esta posición debe especificar en forma precisa, cuáles son los aspectos del soporte social que benefician a por los individuos que están pasando eventos estresantes específicos. Además hay que tener en cuenta la interacción entre la necesidad de soporte, provocada por la situación problemática y el significado personal que los individuos asignan a sus transacciones personales, ya que tanto los que brindan soporte como los que reciben pueden diferir acerca del significado de un acto supuestamente soportativo.

### ***3ra. teoría: La sensación de sentirse apoyado o la percepción del soporte social***

**Coyne y Bolger (1990)** Plantean que, el significado primario por el cual el individuo se beneficia del soporte que se le brinda es la percepción que tiene sobre

dicha ayuda. El soporte social se puede comunicar mediante comportamientos que ofrezcan ayuda tangible, consejo e información o soporte emocional, pero el ofrecimiento o disponibilidad de estos recursos no constituyen el ingrediente fundamental de soporte social. Lo fundamental es la percepción de la disponibilidad de ayuda, la creencia del individuo de contar con personas que lo aman, aceptan y valoran, se preocupan por él y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudarlos si llegara a necesitar ayuda.

Si el individuo no percibe el soporte como disponible probablemente, este no será usado, incluso las conductas soportativas de los demás puede no ser vista como ayuda, o lo que proporcionan podría no satisfacer las necesidades del individuo. Sarason et. al (1990).

Si bien, en las primeras investigaciones el soporte social no se distinguió entre el soporte dado y la percepción de la disponibilidad de soporte, en la actualidad se han realizado muchas discusiones sobre los trabajos de soporte social, llegando a la conclusión que es la creencia de la percepción del soporte lo que cuenta. Coyne y Bolger (1990); Sarason et. al (1990), expresan que dichas percepciones presumiblemente están basadas en representaciones cognitivas del individuo sobre su importancia para los demás y en la naturaleza de las relaciones interpersonales.

El soporte social percibido es importante en relación a los resultados de bienestar y ajuste psicológico, actuaría como atenuante de los eventos estresantes influenciando en la interpretación o evaluación del agente estresante y en las estrategias de enfrentamiento Cohen y Wills (1985); Ross y Cohen (1987); Coyne y Bolger (1990). Además aumentan los sentimientos de autoestima y seguridad, condiciones psicológicas que contribuyen a tener emociones positivas Gotlied (1987).

**Barrera (1986)** trabajó el concepto de soporte social refiriéndose a las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés. El soporte social se entiende, así, desde su efecto amortiguador del estrés.

La evidencia para que este modelo esté definido por la medición del soporte social que evalúa la percepción de los recursos interpersonales que se dan en respuesta a las necesidades solicitadas o demandadas ante eventos estresantes.

Las relaciones interpersonales expresadas en términos de soporte social proveen de diversidad de recursos que amortiguan los efectos de los eventos estresantes.

**Lazarus, (1976); Lazarus y Launier (1978)** La evidencia para un soporte social como amortiguador contra los efectos del estrés es encontrada cuando la medición del soporte social evalúa la percepción de recursos interpersonales que se dan en respuesta a las necesidades solicitadas y demandadas ante eventos estresantes, cuando los recursos interpersonales fallan la persona es llevada a un estado psicológico negativo tal como la ansiedad y depresión, el estrés surge cuando una persona aprecia la situación como amenazante, o de otro lado, cuando hay una demanda y no se tiene una apropiada respuesta de frente.

### 2.3.3. Componentes del Soporte Social

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. Barrera (1981); Barrera, Sandler & Ramsey (1981); Gottlieb (1983); Heller & Swindle (1983). Operacionalización del soporte:

a) *Redes sociales*: es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. Sarason (1986), lo que constituye lo contrario de aislamiento Gottlieb (1983). El aislamiento es un término que

históricamente ha figurado prominentemente en teorías psicosociales y desórdenes psicológicos. Thoits (1986).

Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que “las redes sociales proveen un número de funciones soportivas a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan”, tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc.

Aún cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal Sarason y Sarason (1986).

*b) Soporte social percibido:* es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes. Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Irosen, Johnson y Coates (1991).

*c) Soporte social efectivo:* que está referido a las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Tardy (1985); Barrera (1986).

El énfasis en las distinciones entre los conceptos de soporte social no ha intentado dañar ninguna significación importante entre ellas. Heller y Swindle (1983) proveyeron un modelo de soporte social y afrontamiento de la situación que describía las situaciones entre las conexiones del medio ambiente social, soporte percibido y soporte previsto buscado.

En este modelo la disponibilidad de las conexiones sociales (redes) contribuyen a que el individuo perciba que puede confiar en otros para ayuda o

sustento emocional. Además la disponibilidad percibida del soporte es relativa a la decisión individual de buscar soporte y por último para la previsión de soporte por aquellos individuos que son capaces de cubrir la asistencia necesitada. Este es un modelo útil para diseñar distinciones entre; redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo, y al mismo tiempo describir sus interrelaciones.

*Barrera (1986)* refiere que sin embargo, a pesar de estas hipotéticas conexiones, estos conceptos son suficientemente diferentes para tener cuidado de no tenerlos en cuenta como sinónimos. Examinando cómo estas medidas son empíricamente relacionadas con las otras, los trabajos entonces se deben dirigir a analizar la diferenciación de redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo.

La mayoría de los autores concuerdan en definir el soporte social como aquellas transacciones interpersonales y constantes destinadas a satisfacer necesidades físicas y psicológicas. Dichas transacciones deben generar un sentimiento de bienestar en el sujeto involucradas en ellos. Kaplan (1974, 1976, 1979); Khan y Quinn (1977); Cobb (1976); Flaherthy, Gaviria y Blauk (1985).

#### 2.3.4. Tipos de Redes de Soporte Social

Cada grupo social ofrece a sus miembros una variedad de redes, cada cual con funciones de soporte social. Entre las redes de soporte social tenemos claramente definidas y con características propias las siguientes:

*a) Formales:* son los servicios profesionales fomentados directa o indirectamente por el estado. La característica principal de esta red es que operan bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda, presentan normas formales sobre los planteamientos de ayuda, hay un trato establecido independientemente de las características de los sujetos. Entre estas redes tenemos: Escuelas, Establecimientos de salud privados y estatales, etc.

En nuestro país, el problema de las redes formales se refleja en que el acceso a los servicios profesionales, resultan inaccesibles o no satisfactorios a un alto porcentaje de la población, especialmente a los de bajos recursos económicos; siendo muchas veces insostenibles a las diferencias culturales o necesidades particulares que brindan poco margen de participación a las personas que acuden a dichos servicios.

*b) Informales:* son las fuentes de contacto y asistencia dadas por la familia, parientes, amigos, vecinos. Se incluyen en este tipo de redes las actividades de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado. Cohen y Wils (1985); Gottfried (1987).

Cada una de éstas relaciones sociales identifican diferentes tipos de ayuda o asistencia, así, el soporte brindado por el grupo familiar está basado en la intimidad o en las obligaciones formales para bienes y servicios.

Las interacciones amicales están basadas en la reciprocidad, los amigos son capaces de compartir problemas involucrando al grupo de pares con similares intereses y experiencias. Los vecinos proporcionan ayuda a través de tareas instrumentales, por ejemplo ayudando en situaciones de emergencia.

Comúnmente los vecinos no desempeñan funciones de naturaleza íntima. Ishii-Kunz y K. Seccombe (1989).

Por último los compañeros de trabajo pueden proveer instrucciones y retroalimentación sobre el adecuado desempeño laboral y proporcionar apoyo indirecto sirviendo como modelo de comparación social. Gottfried (1987).

#### 2.3.5. Factores Interactuantes en el Soporte Social

*Heller y Swindler (1983)* el soporte social constituye un proceso que involucra una interacción entre: a) estructura social, b) relaciones sociales, c) roles sociales, y d) atributos personales, los cuales se conceptualizan como sigue:

a) *Estructuras Sociales*: son las que proveen el contexto para el desarrollo de las actividades sociales, por ejemplo: el colegio, las organizaciones del trabajo, la vecindad, la familia y asociaciones voluntarias.

b) *Relaciones Sociales*: la variedad de interacciones que se dan en las diferentes estructuras sociales es fundamental para la creación de sentimientos de valor y pertenencia, que alientan el desarrollo de habilidades para afrontar las tareas de la vida. Sin embargo, las relaciones sociales no siempre acrecientan la autoestima o autocompetencia y pueden también socavar el autoestima, y de hecho lo hacen, por lo que no constituyen un sinónimo de soporte social.

Un concepto importante que se dá dentro de las relaciones sociales es la “reciprocidad”.

*Reciprocidad*: las relaciones sociales son comprendidas como recíprocas. La oportunidad de ser recíproco contribuye a la autovalía y a la unión con otros.

*Thoits (1985)* La reciprocidad sirve para mantener la relación a través del tiempo. Por reciprocidad se entiende que este intercambio es tanto para proveer como para recibir soporte.

*Antonucci (1985)* noto que el soporte es mejor entendido como una serie de intercambios sociales recíprocos que ocurren todo el tiempo, en el cual los individuos construyen un soporte de “reserva” o “banco”. Uno no necesita devolver al mismo tiempo el soporte recibido, sin embargo es esperado que en algún momento sea devuelto a algún miembro de la comunidad. Por ejemplo; la obligación de cuidar a los padres en la ancianidad es una forma de restaurar la equidad. En realidad nuestra motivación por hacerlo es en gran medida determinada por el amor y el confort que aquellos nos dieron a nosotros en relaciones anteriores.

c) *Roles Sociales*: las estructuras sociales definen los roles asumidos por los miembros, es decir, la forma como se espera que deben vincularse con los demás miembros de la comunidad, por ejemplo: un varón puede molestarse pero no

llorar, la gente mayor debe ser tratada con respeto. Al mismo tiempo los roles definen los parámetros dentro de los cuales ocurren las relaciones sociales.

*d) Atributos Personales:* la percepción del soporte y el mantenimiento de las relaciones soportivas dependen también de los atributos personales. Las características personales determinan la variedad de necesidades y demandas de soporte, así como la variedad de acciones de soporte que se pueden ofrecer. Así, por ejemplo; en investigaciones llevadas a cabo por Fisher y Nadler, se noto que recibir ayuda de otros puede ser visto como una amenaza a la autoestima, la ayuda de otra persona similar puede activar sentimientos de inferioridad y dependencia.

Esto es especialmente válido para individuos de alta estima, quienes piensan favorablemente de sí mismos. Fisher y Nadler encontraron que los individuos de alta estima veían la ayuda de otros similares como amenazantes, mientras que aquellos con baja estima no lo veían así.

Así, el soporte social, es un recurso multiprático que tiene ambos componentes, el social y el individual Heller y Swindle, (1983). Individualmente porque la percepción de soporte depende de los atributos personales y sociales, porque depende también de las funciones servidas por la actividad social. Heller, Swindle y Dusenbury, (1986), debido a que se da dentro de una estructura social con características propias y con determinadas relaciones sociales entre los integrantes.

#### 2.3.6 Dimensiones que Caracterizan el Soporte Social

Las características estructurales abarcan los aspectos cuantitativos y cualitativos de las relaciones socio-afectivas del sujeto:

- a. Tamaño de la red: número de personas que componen la red social.
- b. Extensión: dispersión física de los miembros (posición del individuo dentro de la red).
- c. Densidad: grado de relación entre los distintos miembros.



- d. Intensidad: cercanía percibida de la relación con los distintos miembros, frecuencia de contacto.
- e. Dimensionalidad: tipo de actividades que desarrollan los miembros, intercambios de recursos de ayuda.
- f. Homogeneidad: semejanza en las características socio-demográficas de los miembros de la red, puede ser, en términos de edad, sexo, ocupación, etc.

### 2.3.7. Funciones del Soporte Social

Se refiere a los beneficios que se puede obtener al interactuar con otros individuos. En la actualidad existe un consenso entre los autores de que las funciones del soporte social son según *House (1981)*; *Schaefer y cols. (1982)*; *Cutrona (1986)* las siguientes:

1. *Soporte Emocional* o Soporte de estima, expresivo o cercano; provee al individuo estima, afecto, seguridad, confianza y atención, este soporte mejora el nivel de autoestima del sujeto.
2. *Soporte Valorativo*, de Pertenencia o compañía social de contar y confiar en alguien, contribuye a la sensación de que uno es amado o cuidado, el cual puede reducir la tensión al satisfacer la necesidad de afiliación, distraiendo a las personas de sus preocupaciones y facilitando estados de ánimos positivos.
3. *Soporte Informativo*, denominado también consejo guía cognitiva y soporte de evaluación, ayuda a definir entender y enfrentar los eventos problemáticos (provee asesoramientos directivos).
4. *Soporte Instrumental*, conocido también como tangible, material; consiste en proporcionar ayuda específica o material para dar solución a un problema, se brinda a través de especies, dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental.

**Barrera (1986)** Define 6 funciones del soporte social

1. *Interacción Intima* atiende a las necesidades de compartir sobre asuntos de carácter estrictamente personal, requiere tiempo y una disposición favorable hacia la persona aún cuando no hay aceptación de la misma en su totalidad o en algún aspecto de su modo de ser o de sus acciones.

2. *Ayuda Material Apoyo* en necesidades materiales, como por ejemplo: dinero, medicinas, muebles, etc. Compromete recursos materiales dinero o bienes de quien provee el soporte.

3. *Consejo e Información*; se refiere a la necesidad de contar con quien pueda proporcionar opinión y orientaciones sobre asuntos de gravedad en la vida personal, así, como información para afrontar adecuadamente situaciones difíciles. Demanda tiempo, disposición favorable y conocimientos o criterios personales.

4. *Información Positiva* responde a nuestra necesidad de reconocimiento y valoración de los estilos personales de vida o las formas personales de hacer las cosas. Requiere de aceptación de la persona y compromete su valoración del estilo o formas personales.

5. *Asistencia* es una función orientada a satisfacer las necesidades de compañía para realizar determinadas tareas o resolver algunas situaciones problemáticas, requiere de tiempo y buena disposición.

6. *Participación Social* atiende a las necesidades de esparcimiento, requiere de igual voluntad de esparcimiento.

Así mismo, define una séptima función, siendo ésta el concepto de:

7. *Interacción Negativa* se refiere a aquellas personas con las cuales se tiende a producir algún tipo de conflicto y que muchas veces son también la mayor fuente de soporte social.

#### 2.3.8 Factores que Influyen en el Soporte Social

Entre los factores que influyen en el soporte social se mencionan variables de personalidad tanto del receptor como las del dador de ayuda. También son importantes las características del agente estresante y del ambiente social. C. Dunker-Schetter et al. (1987); Gottled (1987); M. Vachon y Stylianos (1988).

Las características ambientales se refieren a aquellas que describen el aspecto físico, la estructura organizacional del ambiente o ecología social del individuo, así como las características de las redes sociales.

La situación estresante puede ser categorizada según su intensidad, duración y ambigüedad además se considera en que momento de la vida ocurre el estrés y el tipo de riesgo personal que involucra o la evaluación del grado de amenaza del agente estresor.

En las variables de personalidad de los que proporcionan soporte se encuentran, el grado de perceptibilidad y motivación como las habilidades para brindar ayuda. C.Dunkel-Schetter et al (1987).

Las variables individuales que influyen en el soporte social pueden ser: la edad, el sexo, el nivel de autoestima, la necesidad de afiliación, la tendencia a relacionarse con otros o sociabilidad, las habilidades sociales, carencia de ansiedad, la capacidad del individuo para solucionar situaciones problemáticas, el sentimiento de control o foco de control, etc. Sarason et. al (1987); Ross y Cohen (1987).

**Gottled (1987)** Añade que otro factor a considerar es la expectativa de soporte del individuo, la cual está basada en experiencias previas, referidas a sí el individuo ha brindado soporte a otros.

**Husaini y Henderson (en Cohen y Wills 1985)** señalan que las mujeres obtienen más soporte al hablar de sus problemas, sentimientos y de las personas

en general con amigos íntimos, mientras que los hombres, lo hallan en el logro de actividades instrumentales y en las actividades de compañerismo.

En relación al factor edad Sarason, et. al. (1983) reporta que los ancianos tienen bajos niveles de soporte social en comparación con los adultos y jóvenes.

Los estudios han examinado diversas características de la personalidad y la percepción del soporte social, muestran que los individuos con puntajes altos en soporte social presentan un nivel alto de autoestima.

### 2.3.9. Relación entre Soporte Social y Salud Mental

La verdadera crisis es una crisis de las relaciones humanas, o más bien, es la crisis de un mal antiguo en las relaciones humanas, una incapacidad en las relaciones personales de incorporar lo fraterno, lo amoroso. Naranjo, (1992).

Este fondo humano de la crisis, dejado casi siempre de lado, es el que buscamos, finalmente, como soporte social, lo fraterno y lo amoroso esperan la oportunidad de ser estudiados y no, tristemente trivializados. Sin lo fraterno, sin lo amoroso la vida cae en angustia y soledad. León (1989) señala: los antídotos de la soledad y de la angustia son, en buena medida, la compañía y la alegría.

La imposibilidad humana de un desarrollo en la soledad, más allá de la experiencia de anacoretas, dice de nuestro ser social, de lo inhacadero que construimos fuera de un grupo humano. Allí radica la profunda relación entre soporte social y salud mental.

*Henderson (1980)* señala que lo fundamental radica primero: en la habilidad de cada sujeto para establecer, mantener relaciones sociales, Segundo: las relaciones sociales pueden tener una función de protección contra la morbilidad, cuando el sujeto atraviesa experiencias difíciles, y tercero: la falta de estas relaciones puede ser un factor causal de alteraciones en el equilibrio de la salud mental.

**Weiss (1983)** Refiere que los sujetos en situación de pérdida o crisis pueden “defenderse” de estos estresores percibiendo de su red social las siguientes funciones básicas:

1. *Apego: sensación de proximidad emocional, seguridad*
2. *Integración social, sensación de pertenencia a un grupo con el que hay intereses, actividades de “tiempo libre” que son compartidas; sensación de existencia de relaciones de amistad.*
3. *Reafirmación de un valor, reconocimiento de la propia competencia y habilidad, normalmente obtenido de compañeros de trabajo.*
4. *Alianza de confianza, la seguridad de saber que se puede contar con otros para recibir ayuda, apoyo en una situación de pérdida, carencias, crisis o necesidad.*
5. *Dirección, orientación, consejo, guía.*
6. *Oportunidad de crianza, generalmente formada en la infancia, esta referida a la sensación de responsabilidad para el logro de bienestar.*

Cualquier sujeto que tenga la oportunidad de acceder a un soporte social como el descrito, tendrá una mayor probabilidad de enfrentar la crisis, por lo tanto de preservar y fortalecer su salud mental en Gómez (1994).

#### 2.3.10. Soporte Social y Depresión

**Bandura (1977)** refiere que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ellas. Ofendidas, estas “personas significativas” podrían responder con rechazo o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorechazo y la autocrítica del propio individuo.

Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto de parte de su red de soporte social.

Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionarle muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con una buena red de soporte social sean estos los familiares, amigos que sirvan como representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la vileza de sus pensamientos negativos.

Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función del soporte social. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias de la red social.

#### 2.3.11. Las Representaciones Sociales en la Tuberculosis

El concepto de representación social tal como lo entiende Paéz, Ubillus y Paicheler (1994), permite comprender cómo las actitudes interpersonales en general, están fuertemente condicionadas por estructuras de la percepción, y por tanto, la tuberculosis, objeto de la percepción social está igualmente condicionada por las representaciones sociales.

La tuberculosis pulmonar no debería ser limitada sólo a un fenómeno negativo en la vida del sujeto. La percepción de los hechos que el individuo realiza dependerá en gran parte de factores que ni son leños de la realidad externa

ni tampoco fruto de su elaboración intelectual. Hay una percepción social de los hechos como miembros de una comunidad cultural nos hallamos instalados en corrientes sociales de interpretación cuyos móviles, resortes y funciones están integrados al cuerpo social.

A estos modos de conocimientos socialmente originados, utilizados y compartidos para orientar nuestras percepciones se les denomina “representaciones sociales”. Estas representaciones tienen un abanico de funciones que cumplir: defensa de la identidad social de los sujetos, integración de fenómenos nuevos, orientación de la conducta y facilitación de la comunicación. Las representaciones sociales involucran tantos aspectos de manipulación más complejos o llegado el caso, nula como son los valores tradicionalmente transmitidos, los sentimientos ético-estético y las ideologías.

Por esta razón el campo de las representaciones sociales no se reduce a cuestiones intelectivas instrumentales, ni a campos cognitivos puramente racionales, sino que integran también instancias culturales socialmente adquiridas: no sólo percibimos y pensamos con ella sino y esto es importante, desde ellas.

Las representaciones sociales constituyen, así, escenarios en los que se ordena la percepción de los fenómenos de la realidad y la conducta correspondiente y esto nos comprometen.

También la comprensión personal de la salud está condicionada por las representaciones sociales. Así, cada época toma a ciertas enfermedades que, como paradigmas, expresan problemas sociales complejos; cada época tiene su enfermedad que la caracteriza. Paéz y col. (1994). Así la lepra en la antigüedad, la peste en la edad media, la sífilis en la primera modernidad (S. XV), la tuberculosis en la revolución industrial (S.XIX), el cáncer en la época de los grandes avances tecnológicos, y el SIDA en el siglo XX.

La lepra representa el *Fatum* al que es imposible sustraerse; la peste materializa un concepto trágico de la existencia sometida a un castigo colectivo querido por Dios; la sífilis vinculado al contagio venéreo expresa la mutación de los valores y la crisis de la moral tradicional, la tuberculosis expresa al capitalismo inicial por la extraña unión del amor romántico y miseria social; el cáncer estigmatiza tanto la prolongación de la vida por los avances tecnológicos tanto como el daño al equilibrio ecológico y la polución, y finalmente el sida representa nuestra época porque marcó los límites del crecimiento productivo al añadirse al cáncer como enfermedad que la medicina es incapaz de vencer y por que marca “la generación de condiciones de contacto (de exploración para unos y de sobrevivencia para otros) entre las poblaciones del primer y tercer mundo.

La tuberculosis pulmonar tiene una representación en el sentido común de la persona cuando reconoce que está enferma, así pues refieren que enfermaron por “no haber comido bien, estar anémico, trabajar en exceso, ha tomado muchas bebidas heladas, ha tenido muchas penas o frustraciones, no se abrigó bien, etc...” resultando difícil al inicio la aceptación y comprensión de que fue contagiado por alguna persona de su entorno social, la cual está portando el báculo en su saliva. Todo esto se constituye en una forma de representación social errada que afecta al individuo y su red social.

El problema se hace más agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente consciente. De una u otra forma las representaciones sociales que se hacen los familiares y amigos del enfermo con tuberculosis pulmonar son negativas. Cargadas de censura provocando en la persona afectada respuestas emocionales como: la vergüenza, la culpa, el retraimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado, lo cual muchas veces lo lleva a un estado de tristeza, desamparo, soledad, porque conoce bien que la comunidad lo señala, intentando excluirlo, los considera peligrosos y



hasta ellos mismos tendran que tomar ciertas precauciones para evitar contagiar a los miembros de su familia.

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el enfermo contagiado con tuberculosis.

*Garay, F. (1988)* concluye en la investigación realizada en un Asentamiento Humano de San Juan de Lurigancho que “Los conocimientos sobre la tuberculosis en los pobladores son inadecuado, producto de sus propias vivencias y creencias populares, ellos refieren que la principal causa de enfermarse con tuberculosis es la mala nutrición y no exclusivamente por contactos.”

Una creencia que tiene el enfermo es que nunca se va a curar de la tuberculosis, llegando a quedar limitado para llevar una vida normal, lo cual constituye un mito altamente prejudicial por las consecuencias emocionales, afectivas y de metas de vida, dado que en la actualidad la tuberculosis no es sinónimo de muerte, si la enfermedad es diagnosticada y tratada oportunamente. La enfermedad de la tuberculosis puede ser tratada y las personas con la medicación y apoyo psicosocial apropiado, logran presentar una calidad de vida adecuada.

Otra de las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar, es que el enfermo mantiene la creencia de que no debe interactuar socialmente y las personas que antes le proveían soporte muchas veces se apartan y se vuelven un agente estresante al desarrollar conductas discriminativas hacia ellos. Es así que el soporte social efectivo frecuentemente disminuye, o se pierde, se restringen las

redes sociales y, por lo tanto, el soporte social percibido también se ve afectado, con lo que el efecto amortiguador sobre los estados depresivos y ansiosos del enfermo se empobrece notablemente.

*Kelly, St. Lawrence, Hood y Brasfield (1989)* realizaron intervenciones clínicas empleando grupos de soporte social y donde éstos llegaban a convertirse en grupos de soporte comunitario disponible ayudando a los individuos a establecer o restablecer relaciones con amigos, familiares, teniendo como resultado el mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento, y por lo tanto la disminución de sus niveles de depresión durante la enfermedad física.

Existen también trabajos dentro del campo de la Psiconeuroinmunología que señalan la relación de las variables psicológicas y psicosociales con diferentes parámetros físicos. Son descubrimientos de los estudios en el campo del afrontamiento al estrés, con personas que presentan una enfermedad incurable y/o crónica, señalan la importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento respecto a la enfermedad y como ellas pueden ejercer una influencia positiva sobre la calidad de vida y por ende lleva a un mejoramiento de la salud de la persona. Se ha señalado además, como la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión ejercen efectos negativos sobre la salud y la respuesta ante los tratamientos de estas poblaciones. Antoni, Bagett, Ironson y otros (1991).

El modelo bio-psico-social de la salud y de la enfermedad asume que la influencia de lo biológico, psicológico y social compromete un sistema complejo de interacciones, los cuales determinan la salud personal, la vulnerabilidad, y la reacción ante la enfermedad.

La premisa básica de este modelo es que la enfermedad en sí misma no se restringe netamente a un órgano, si no que afecta al organismo como un todo, de igual forma la salud es condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede ser afectada a través de cada uno de ellos. Tomoshok (1996).

Es así, que al analizar el soporte social en los enfermos con tuberculosis pulmonar, se encuentra que éste se ve afectado tanto por los conceptos negativos y estereotipos que presentan las representaciones sociales y los mitos existentes en torno a la enfermedad, por lo que el soporte social del enfermo sufre una serie de consecuencias producto de ellas.

### 3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- *Tuberculosis pulmonar*

Enfermedad infecciosa causada por microbacterias del complejo de la tuberculosis que afecta a los pulmones del ser humano.

- *Depresión*

Trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático.

- *Red Social*

Las múltiples relaciones que un sujeto mantiene dentro de su medio ambiente con otras personas, bien en forma individual o grupal. Alvarado (1985).

- *Soporte Social*

La ayuda importante que en situación de pérdida o de crisis proviene de personas con las que el sujeto está relacionado Alvarado (1985)

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo nunca tratado o nuevo*

Es el paciente diagnosticado por primera vez con tuberculosis pulmonar y que inicia un tratamiento. Presentó confirmación bacteriológica por baciloscopia BK+ o cultivo (+).

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo antes tratado o recaída*

Paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa después de haber completado un tratamiento exitoso (curado), tiene confirmación bacteriológica (con baciloscopia y cultivo positivo) o por histopatología. Integran esta categoría las recaídas y abandonos recuperados por primera y segunda vez.

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar crónico*

Paciente con tuberculosis pulmonar con más de dos esquemas de tratamiento. Sean éstos recaídas, abandonos recuperados y fracasos. Es a partir del tercer tratamiento que se ingresa en esta categoría.

- *Programa Nacional de Control de Tuberculosis*

El Programa de control de tuberculosis es un programa del Ministerio de Salud, atiende gratuitamente y da protección integral a la persona, familia y comunidad de los riesgos de enfermar y morir de tuberculosis.

## *CAPÍTULO III*

### METODOLOGÍA

#### 1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptivo. El diseño es descriptivo comparativo y correlacional.

En el estudio se busca describir los niveles de depresión y soporte social que tienen los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo en sus tres categorías de ingreso al Programa de control de tuberculosis.

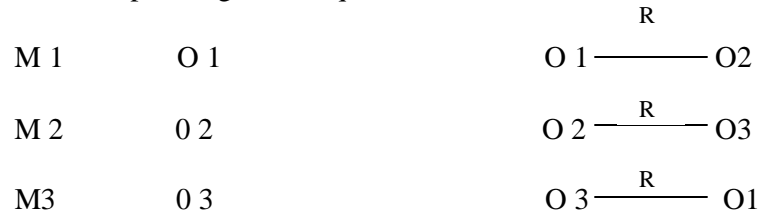
El diseño es descriptivo comparativo considerándose 2 ó más investigaciones descriptivas simples; las cuales recolectan información relevante en varias muestras respecto a una misma variable de interés y luego caracterizar esta variable en base a la comparación de los datos recogidos.

En la investigación se caracterizan y comparan las variables depresión y soporte social, en tres grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo claramente definidos:

- Enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo nunca tratado.

- Enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo con recaída.
- Enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo crónico.

El diseño adopta el siguiente esquema:



Donde M1, M2, M3 representan cada una de las muestras y O1, O2, O3 la información (de las variables) recolectadas en cada una de dichas muestras. O1, O2, O3 nos indican las posibles comparaciones entre los resultados con cada una de las muestras, pudiendo ser iguales (=), diferentes ( $\neq$ ), o semejantes ( $\cong$ ) con respecto a la otra.

## 2. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo constituida por enfermos diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP) que asisten al Programa de Control de Tuberculosis en cuatro Direcciones de Salud (DISAS). Según datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de salud año 2000, el Programa de control de tuberculosis diagnosticó y atendió a 22,580 casos TBP-FP a nivel nacional.

En la Provincia de Lima de acuerdo a cada Dirección de salud y considerando las edades de 15 años a más, el total fue de: 11,123 casos TBP-FP, la distribución de enfermos según estos datos es para la : DISA Lima-ciudad: 1,933, DISA Lima-este: 1,861, DISA Lima-norte: 4,790, DISA Lima-sur: 2,539, así mismo según el sexo: 6,673 casos corresponden al grupo de varones y 4,449 al sexo femenino.

### 3. MUESTRA

#### 3.1. Tipo de Muestra

El tipo de muestreo empleado para la presente investigación es no probabilístico intencional, debido a que los sujetos han sido seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión que se describen más adelante.

#### 3.2. Descripción de la Muestra

La muestra quedó conformada por 175 sujetos del sexo masculino diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo. Si bien los investigadores se propusieron como meta trabajar con el 10% de la población de varones (667) del total de las cuatro DISAS, sólo se logró evaluar psicológicamente al 26% (175 enfermos) de la meta propuesta. Existiendo limitaciones de tipo administrativo en cada DISA, al haber obtenido permiso para trabajar sólo en dos Centros de salud por cada una, aduciendo el criterio de respeto y privacidad al paciente con TBP-FP en el MINSA, no se alcanzó una mayor cobertura debido también a que mucho de los enfermos van a recibir el tratamiento antituberculoso en la noche o algunos se negaron a ser evaluados por los Psicólogos.

#### **a) Parámetros dentro de los criterios de inclusión y exclusión:**

##### *Criterios de Inclusión*

- Edad: 20 a 50 años de edad.
- Sexo: Sólo Masculino.

- Grado de instrucción: haber terminado como mínimo el 6to. De primaria
- Ser diagnosticado con tuberculosis pulmonar
- Tener baciloscopia positiva BK +
- Acudir a los establecimientos de salud de las Direcciones de Salud de Lima: Norte, Sur, Este y Lima Ciudad.
- Residir en Lima para que reciba la medicación y el control de la evolución del tratamiento Antituberculoso.
- Los pacientes deben tener por lo menos un familiar que viva con ellos.
- El paciente no debe padecer otra enfermedad crónica que no sea la tuberculosis.
- Formar parte de una de las tres categorías de pacientes con tuberculosis pulmonar: nunca tratado, antes tratado, crónico.

***Criterios de Exclusión:***

No pueden formar parte de la muestra aquellas personas:

- Que hablan otro idioma o dialecto que no sea el español.
- Sean pacientes cuya religión les impide responder a preguntas de la entrevista y evaluación psicológica.
- Durante la entrevista se muestren reacios a responder a los test psicológicos.
- Sean pacientes que habiendo fracasado en su esquema de tratamiento médico requieran cirugía.
- Sean pacientes que presentan un cuadro de RAFA (Reacción adversa a fármacos antituberculosos).
- Sean pacientes con diagnóstico médico de tuberculosis extra-pulmonar o infectada con VIH-SIDA.



Entonces la muestra de 175 enfermos con diagnóstico de TBP-FP presenta las siguientes características según las variables de inclusión:

**b) Variable Edad del Enfermo con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo**

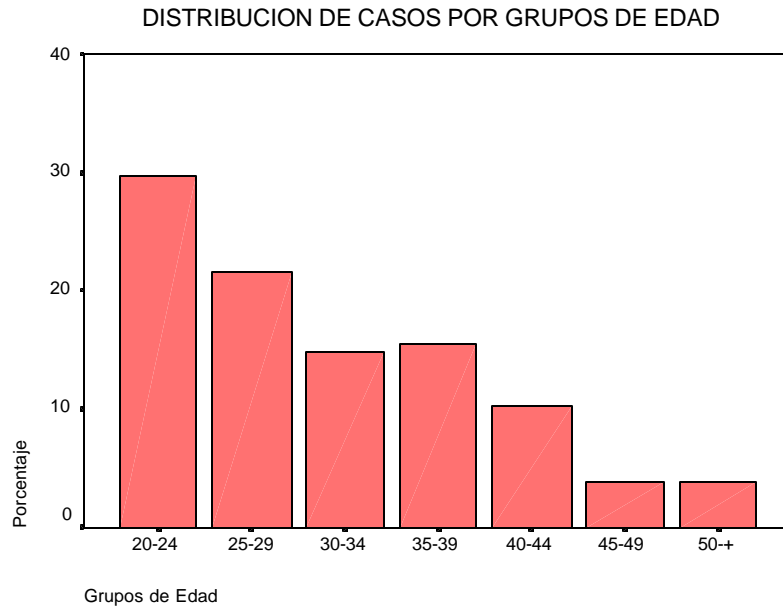
En la muestra estudiada porcentualmente las edades se distribuyeron en: un 29.7% tiene entre 20 a 24 años, el 21.7% está entre los 25 a 29 años, el 14.9% entre los 30 a 34 años, el 15.4% entre los 35 a 39 años, el 10.3% entre los 40 a 44 años, un 4% tiene entre 45 a 49 años y un 4% cuenta con 50 años a más. (Ver Cuadro N°01 y Gráfico N° 01)

**CUADRO N° 01**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR GRUPOS DE EDAD**

<b>Grupos de Edad</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
20-24	52	29.7
25-29	38	21.7
30-34	26	14.9
35-39	27	15.4
40-44	18	10.3
45-49	7	4.0
50-+	7	4.0
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

### GRÁFICO N° 01



#### c) Variable Grado de Instrucción del Enfermo con TBP-FP

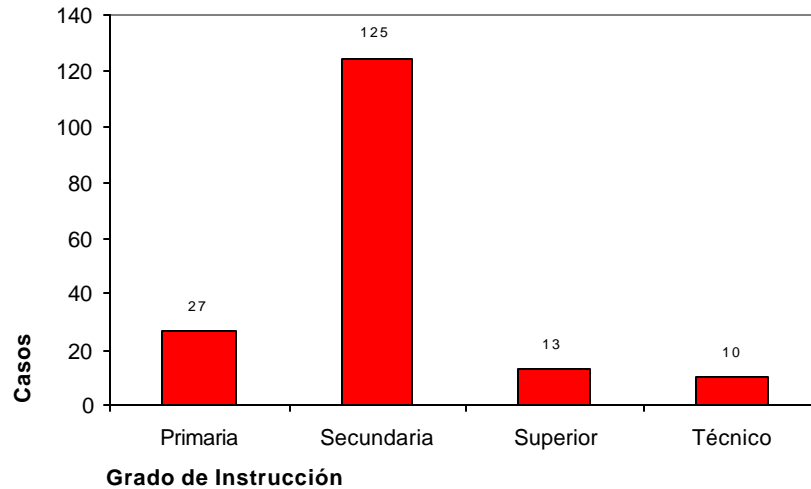
En la muestra el grado de instrucción se distribuye de la siguiente forma: el 15.4% tiene estudios de primaria, el 71.4% estudio secundaria, el 7.4% curso estudios superiores y el 5.7% realizó estudios técnicos. (Ver Cuadro N° 02 y Gráfico N° 02).

### CUADRO N° 02

#### DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instrucción	Casos	Porcentaje
Primaria	27	15.4
Secundaria	125	71.4
Superior	13	7.4
Técnico	10	5.7
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N°02**  
**DISTRIBUCION DE CASOS**  
**POR GRADO DE INSTRUCCION**



**d) Variable Estado Civil del Enfermo con TBP-FP**

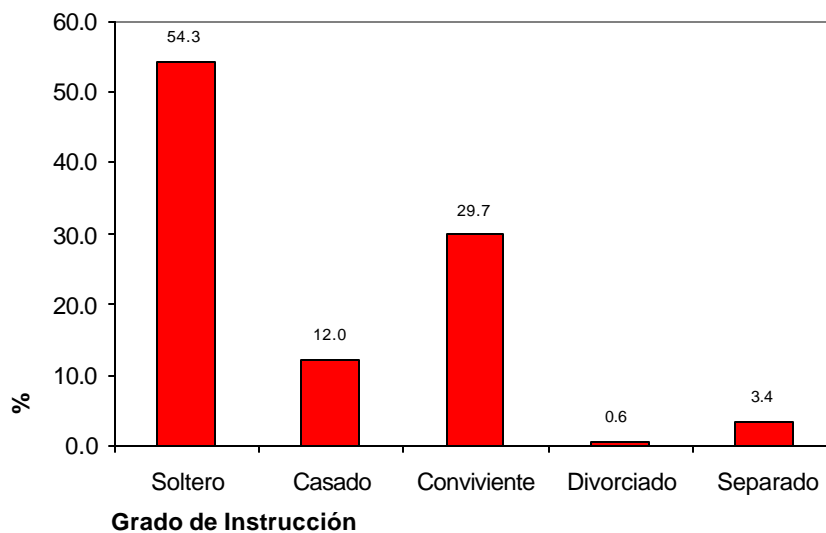
Se identificó en la muestra que el 54.3% son solteros, el 12% esta casado, el 29.7% es conviviente, el 0.6% está divorciado y el 3.4% es separado, con esta variable se podría conocer si el enfermo con TBP-FP cuenta con una red social mínima. (Ver Cuadro N° 03 y Gráfico N° 03).

**CUADRO N° 03**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL**

Estado Civil	Casos	Porcentaje
Soltero	95	54.3
Casado	21	12.0
Conviviente	52	29.7
Divorciado	1	0.6
Separado	6	3.4
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N°03**  
**DISTRIBUCION DE CASOS**  
**POR ESTADO CIVIL**



**e) Variable Número de Hijos del Enfermo con TBP-FP**

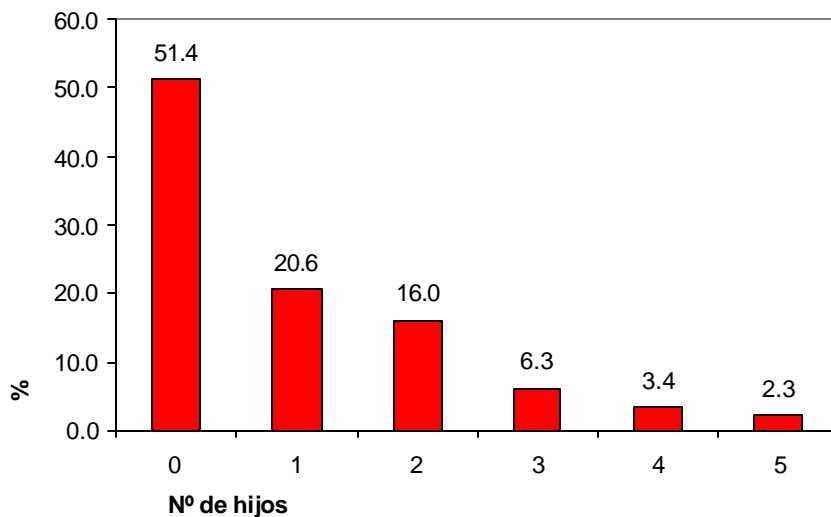
En la muestra en general se encuentra que el 51.4% no tiene hijos, el 20.6% tiene un hijo, el 16% cuenta con 2 hijos, el 6.3% tiene 3 hijos, el 3.4% tiene 4 hijos, y el 2.3% tiene 5 hijos. (Ver cuadro N° 04 y Gráfico N° 04)

**CUADRO N° 04**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE HIJOS**

N° Hijos	Casos	Porcentaje
0	90	51.4
1	36	20.6
2	28	16.0
3	11	6.3
4	6	3.4
5	4	2.3
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N°04**  
**DISTRIBUCION DE CASOS**  
**POR NUMERO DE HIJOS**



**f) Variable Categoría de Enfermedad del Enfermo con TBP-FP**

En el estudio realizado la muestra se agrupo en 3 categorías por enfermedad, así el 48.6% pertenece al grupo TBP-FP nunca tratados, el 31.4% son los enfermos TBP-FP antes tratados y el 20% lo constituyen los enfermos TBP-FP crónicos. (Ver cuadro N° 05 y gráfico N° 05).

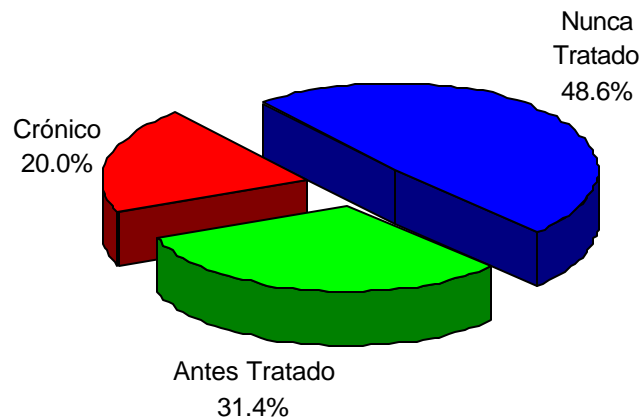
**CUADRO N° 05**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN CATEGORÍA DE ENFERMEDAD**

<b>Categoría</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca Tratado	85	48.6
Antes Tratado	55	31.4
Crónico	35	20.0
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

## GRÁFICO N° 05

### CASOS SEGÚN CATEGORÍA DE ENFERMEDAD



#### **g) Variable Establecimiento de Salud**

La distribución porcentual de la muestra en los Establecimientos del Primer nivel de atención de las 4 Direcciones de Salud fue: el 13.7% se ubicó en el Centro “Materno Infantil San José”, un 9.7% en el Centro de salud “José Carlos Mariategui”, el 10.9% en el Centro Materno Infantil “El Progreso”, el 7.4% en el Centro de salud “Piedra Liza”, el 15.4% en el Centro de salud “San Cosme”, el 18.3% en el Centro de salud “Juan Pérez Carranza”, el 14.3% en Centro de salud “Chancas de Andahuaylas”, en el Centro de salud “Madre Teresa de Calcuta” se obtuvo el 5.7% y en el Centro de salud “San Fernando” el 4.6%. (Ver cuadro N° 06)

**CUADRO N° 06**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR CENTROS DE SALUD**

<b>Centro de Salud</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
San José	24	13.7
José Carlos Mariátegui	17	9.7
Progreso	19	10.9
Piedra Liza	13	7.4
San Cosme	27	15.4
Juan Pérez Carranza	32	18.3
Chancas de Andahuaylas	25	14.3
Madre Teresa de Calcuta	10	5.7
San Fernando	8	4.6
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**h) Variable por Distritos**

Se buscó cubrir un amplio marco muestral dentro de Lima Metropolitana; para lo cual se ubicó los casos de TBP-FP en los Centros de salud de los distritos donde se presentan con mayor frecuencia según lo indicado por las Direcciones de Salud, considerándose que en un Distrito existen más de 2 dos establecimientos de salud. Los resultados fueron: el 13.7% se ubicó en el distrito de Villa el Salvador, el 9.7% en Villa María del Triunfo, el 10.9% en Carabayllo, el 7.4% en San Juan de Lurigancho, el 15.4% en la Victoria, el 14.3% en Santa Anita, el 18.3% en el Cercado de Lima, el 5.7% en el Agustino y el 4.6% en Ate Vitarte. (Ver cuadro N° 07 y gráfico N° 07)

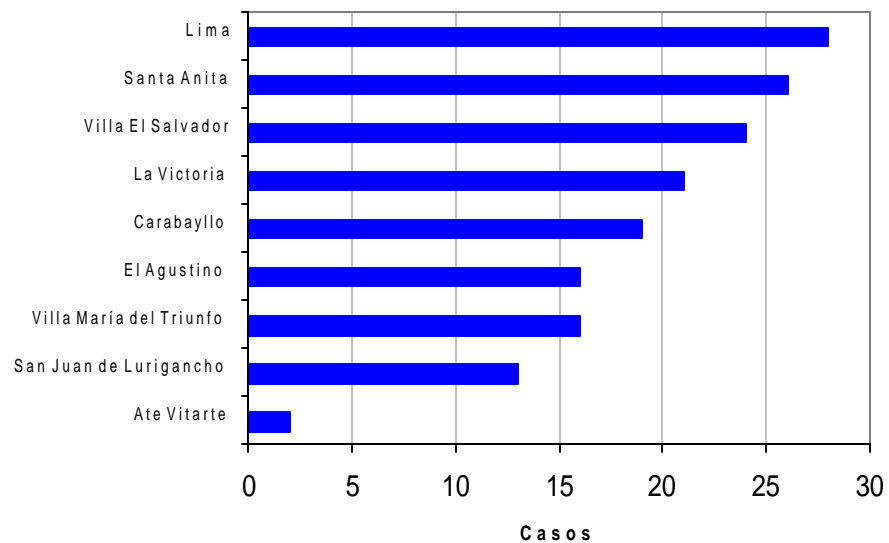
**CUADRO N° 07**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR DISTRITO DE PROCEDENCIA**

<b>DISTRITO</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Villa El Salvador	24	13.7
Villa María del Triunfo	17	9.7
Carabayllo	19	10.9
San Juan de Lurigancho	13	7.4
La Victoria	27	15.4
Santa Anita	25	14.3
Lima	32	18.3
El Agustino	10	5.7
Ate Vitarte	8	4.6
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**GRÁFICO N° 06**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR DISTRITO DE PROCEDENCIA**





## 4. VARIABLES DE ESTUDIO

### 4.1 Depresión

Construcción hipotética que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognitivo-conductuales (mínima, leve, moderada, o severa).

Definición Operacional de la Depresión: medida por el inventario de Depresión de Beck en 21 reactivos.

### 4.2. Soporte Social

Indicador: puntaje directo total en la escala de soporte social de Pathak y Gaviria (1983). Niveles de soporte social obtenidos a través de baremos.

## 5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 5.1. Información

Se elaboró un Cuestionario simple de datos generales, con el objetivo de recolectar información personal del enfermo con tuberculosis pulmonar y examinar aspectos de interacción social.

*Descripción:*

Está conformado por una hoja impresa que registra: datos personales, familiares, de trabajo, estudio, estado civil y categoría de ingreso al Programa de control de tuberculosis del Ministerio de Salud.

*Aplicación:*

Se inició la entrevista a cada enfermo TBP-FP el cual cumplió con los criterios de inclusión para la selección de la muestra, explicándole lo importante que era su

colaboración al participar en la evaluación psicológica, para brindarle una mejor atención integral dentro del establecimiento de salud al cual asiste diariamente a recibir su medicación antituberculosa supervisada. (Ver anexo N°1)

## 5.2. Medición Psicométrica

### 5.2.1. Inventario de Depresión de Beck

#### *Datos Generales:*

El inventario de depresión de Beck fue creado y publicado por Aaron Beck en 1961, con el propósito de medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico. Teóricamente se fundamenta en el Modelo cognitivo de la depresión; el cual surgió de observaciones clínicas sistemáticas de de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Actualmente se la utiliza en la investigación clínica de la depresión, para medir el nivel verdadero de la misma el día en que es aplicada, proviniendo su abreviatura (BDI) del inglés: Beck Depression Inventory. Novara, Sotillo y Warton (1985).

#### *Descripción:*

Está conformado por 21 reactivos que midieron 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas constituyó una manifestación de la depresión.

Los 21 reactivos que comprendió el BDI evaluarón las siguientes categorías:

- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Tristeza             | 6. Expectativas de castigo |
| 2. Pesimismo            | 7. Auto-desagrado          |
| 3. Sensación de fracaso | 8. Auto-acusaciones        |
| 4. Insatisfacción       | 9. Ideas suicidas          |
| 5. Culpa                | 10. Llanto                 |

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 11. Irritabilidad                | 17. Fatigabilidad              |
| 12. Separación social            | 18. Anorexia o bulimia         |
| 13. Indecisión                   | 19. Pérdida de peso            |
| 14. Cambio de la imagen corporal | 20. Preocupación psicósomática |
| 15. Retardo laboral              | 21. Pérdida de la libido       |
| 16. Insomnio                     |                                |

*Validez y confiabilidad:*

Novara, Sotillo y Warton (1985) realizaron la estandarización del IDB en Lima Metropolitana con 178 pacientes del I.N.S.M “Honorio Delgado-H.Noguchi”, empleando el coeficiente de correlación de Pearson cuyos resultado fue (0.75).

Iwashita Nishida, A (1998) realizó un estudio piloto, la muestra estuvo conformada por 200 enfermos con tuberculosis pulmonar del Cono Norte de Lima. Del análisis estadístico el IDB resultó válido en sus 21 reactivos evaluados con un nivel de significancia de ( $p < 0.001$ ). A nivel de consistencia interna la escala tiene un alto nivel de confiabilidad con un Alfa de Cronbach de (0.84) y un nivel de significancia de ( $p < 0.001$ ) encontrándose que el IDB fue válido y homogéneo estando en condiciones de ser aplicado a la población de pacientes con tuberculosis pulmonar.

### 5.2.2. Encuesta o Cuestionario de Soporte Social

La Escala de soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak es creada en 1982, teniendo como fundamento teórico la Teoría del Vínculo de Bowlby (1950) Psicoanalista Británico quien formuló: que el “vínculo” es crucial para el desarrollo sano, se produce al existir una relación cálida, íntima y continua, encontrándose satisfacción y disfrute.

*Ficha Técnica:*

- Autores: Flaherthy, Gaviria y Pathak
- Propósito: Medir el grado de soporte social
- Administración: En forma individual o colectiva.
- Usuarios: Jóvenes y adultos
- Duración: Un promedio de 20 minutos
- Puntuación: Cada ítem del 1 al 5 con puntaje máximo de 225 mínimo de 45; en los ítems del 1 al 6, puntaje máximo de 60 y mínimo de 12.
- Significación: Evaluar el grado de soporte social y las redes de interacción del sujeto.

*Descripción:*

Consta de 11 preguntas referidas a 4 personas y una institución, señaladas por el propio paciente como los más importantes para ellos como parte de las Redes Sociales que posee y que le son planteados mediante las siguientes instrucciones:

- “Haga una lista de los nombres o iniciales de los nombres de todas las personas que son importantes para usted en su vida actual.”
- “Tales personas podrán ser miembros de su familia, amigos, vecinos, compañeros de estudios o de trabajo, médicos, enfermeras, sacerdotes, jefes, alumnos, compañeros de juegos o de deportes.”
- “Coloque tales nombres en orden de importancia, empezando con el que tenga mayor relación emocional, psicológica y material. Si la lista excede de 5 personas también las puede considerar, pero sólo es necesario que conteste con relación a las 4 primeras.
- “Asimismo, si Usted tuviera una especial relación con alguna institución u organización (iglesia, escuela, clínica, u hospital, instituciones benéficas, etc.), inclúyalo en la lista anterior en el 5to. Lugar.”

Las áreas a evaluarse dentro del cuestionario cuantifica el soporte social desde el punto de vista de la: disponibilidad, reciprocidad, apoyo práctico, apoyo emocional, y apoyo relacionado con el problema actual.

1.- *Disponibilidad*: Abarca las preguntas G, H, I, las cuales exploran la potencialidad que tiene el individuo de recibir ayuda, es decir, los recursos latentes con que podría contar la persona en caso de ser necesario.

2.- *Reciprocidad*: Comprende la preguntas K, L, M, que exploran el equilibrio y balance del dar y recibir, tiene una importancia básica, ya que no sólo se obtiene bienestar siendo receptor de la ayuda sino también a través de la satisfacción que proporciona dar soporte a otros, con lo que se estaría incrementando el sentimiento de autoestima.

3.- *Apoyo Práctico*: Abarca las preguntas J, K, que representa el apoyo práctico en la medida que resuelve problemas concretos, y los que el cuestionario considera sólo se darían siempre y cuando se manejen relaciones interpersonales estrechas.

4.- *Apoyo Emocional*: Comprende las preguntas L, M, N, O, es considerada por los autores como la variable más representativa del soporte social, referente a la oportunidad de recibir apoyo afectivo en una situación que lo amerite.

5.- *Apoyo Relacionado A Un Problema Actual*: Abarca las preguntas P, Q y se refiere al apoyo relativo al problema actual e indican las posibilidades de respuesta del paciente o evaluado ante una situación presente.

Los rubros A, B, C, D, E, y F se refiere exclusivamente a los aspectos demográficos del grupo que se estudia.

El puntaje total variará en función al puntaje de cada ítem, del 1 al 5, con un puntaje máximo de 225 y mínimo de 45, en los valores del 1 al 6, con puntaje máximo

de 60 y mínimo de 12; entonces, la suma total del puntaje máximo sería 285 y puntaje mínimo de 57, lo cual nos va a permitir conocer los niveles:

- *Bajo Soporte Social*: para valores menores de 3
- *Moderado Soporte Social*: para valores entre 3 y 4
- *Alto Soporte Social*: para valores entre 4 y 5

Por encima de un promedio mayor o igual a 4 estimamos un soporte social adecuado y conveniente, y por debajo de un promedio menor a 3, un soporte deficiente.

#### *Confiabilidad:*

El inventario se ensayó en 407 no pacientes, 100 estudiantes, 74 miembros de un vecindario urbano y 320 miembros de una comunidad religiosa frecuentemente cerrada.

Los autores concluyeron que para las escalas de disponibilidad, apoyo emocional, apoyo práctico y reciprocidad, el coeficiente alfa estandarizado fue .92 y para los dos últimos ítems (que examinan la cantidad de apoyo recibida como respuesta a dos momentos ocurridos por cualquier problema) fue de .83.

La confiabilidad o consistencia interna se determinó calculando el coeficiente alfa. Se encontró que el coeficiente alfa tenía una alta correlación con la medición de confiabilidad obtenida de formas alternativas del mismo instrumento. El inventario de soporte social es un instrumento confiable que mide cuantitativamente el apoyo social para los pacientes y la población en general. Flaherty, Gaviria y Pathak. (1983).

En el Perú esta escala fue sometida a confiabilidad y baremación en 1992. Este trabajo lo realizaron Zanólo, B. y Gómez R. en una muestra de 241 estudiantes de universidades particulares y estatales, obteniendo una confiabilidad de 0.89 con el uso del estadístico Coeficiente Alfa de Cronbach lo que indica que los reactivos de la escala están diseñados de tal manera que miden la misma característica. Gómez, R. (1994).

### *Válidez*

Vargas (1988) determinó la calidad de la prueba en consistencia interna, calculando el cociente Alpha de Cronbach, que fue de 0.94. La misma autora calculó la validez ítem-test, encontrando que los 11 ítems se correlacionan significativamente. Citado en Gómez, R. (1994). (Ver anexo N°3).

## 6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se contactó y coordinó con los Centros de salud que operativizan el Programa de control de tuberculosis en las 4 Direcciones de salud, la fecha y las horas en que se procedería a entrevistar y evaluar psicológicamente a los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Se preparó el material: registro de datos personales y los dos test a aplicar.
- Los criterios de inclusión de la muestra estudiada fueron ampliamente verificados mediante: El libro de Registro y Seguimiento de pacientes con menos de 2 tratamientos y nuevos, el libro de Registro y Seguimiento de pacientes con tuberculosis crónicas y la Tarjeta de asistencia y administración de medicamentos de pacientes nuevos y antes tratados.

- Se procedió a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak a todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.
- Para el almacenamiento de datos, se creó una base de datos en el software Epi Info 6.04. La depuración, consistencia y el análisis estadístico se hizo en el software estadístico SPSS 9.0.

## 7. TÉCNICAS DE ANALISIS DE DATOS

### 7.1. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se usó la estadística descriptiva como la estadística inferencial.

Se elaboraron tablas de contingencia para obtener la distribución por variables, así como para medir el grado de asociación entre pares de variables. Adicionalmente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para medir el grado de relación entre la depresión y el soporte social.

### 7.2. Niveles de significación

Para las pruebas de hipótesis realizadas, se utilizó un nivel de significación de 5% (0.05).



## ***CAPÍTULO IV***

### ***RESULTADOS***

#### ***1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS***

Los resultados a los cuales se ha llegado en esta investigación los presentamos y analizamos en función de los objetivos e hipótesis propuestas, a través de las siguientes Cuadros y gráficos:

##### ***1.1. COMPARACIÓN DE NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO NUNCA TRATADOS Y LOS ANTES TRATADOS. HIPÓTESIS 1***

La medición de la depresión y la clasificación de la enfermedad de la tuberculosis pulmonar fueron hechas en escala nominal, razón por la cual, para

medir la significación de la comparación entre ambas variables, se utilizó la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de asociación.

La inspección del cuadro N° 8 señala que el 58.8% del grupo de enfermos con TBP-FP (Nunca tratado) tienen niveles de depresión leve, caracterizada por: gran preocupación somática, irritabilidad, autoacusación, tristeza e insomnio. Comparativamente el 47.3 % de enfermos con TBP-FP (antes tratados) tienen el mismo nivel de depresión, diferenciándose en los síntomas como: preocupación excesiva por la enfermedad, sentimientos de culpa, irritabilidad, pensamiento de estar siendo castigado y disminución de la libido.

El 16.5% de enfermos TBP-FP (nunca tratado) presenta niveles de depresión moderada, los síntomas más relevantes son: tristeza, constante autoacusación, expectativas de ser castigado, irritabilidad, preocupación somática y sentimientos de culpa. A diferencia del 34.5% de enfermos con TBP-FP (antes tratado) que refieren gran preocupación por su salud, irritabilidad, pérdida de la libido, sentimientos de culpa, tristeza e insatisfacción con su entorno.

Ambos grupos de enfermos TBP-FP tienen el nivel de depresión severa. Así el 8.2% del grupo de los (nunca tratados) tiene como síntomas: la tristeza, excesiva preocupación somática, sentimientos de haber fracasado en la vida, insatisfacción personal y culpa. Comparativamente este nivel de depresión se caracteriza en el 10.9% de enfermos TBP-FP (antes tratados) con síntomas como: el pesimismo, frecuente autoacusación por no haber cuidado su salud física, el retardo laboral que significa estar con tuberculosis, tristeza, culpa y el sentimiento de estar siendo castigados por sus errores.

Al realizar la prueba de independencia entre estas variables, se tiene que el nivel de depresión se encuentra asociado (estadísticamente significativo) en los grupos con tuberculosis pulmonar frotis positivo: nunca tratados y antes tratados ( $p = 0.048$ ).

### CUADRO N° 08

#### DEPRESIÓN POR CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD TBP-FP: NUNCA TRATADOS Y ANTES TRATADOS

Categorías de Depresión	Nunca Tratados		Antes tratados		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mímino	14	16.5	4	7.3	18	12.9
Leve	50	58.8	26	47.3	76	54.3
Moderado	14	16.5	19	34.5	33	23.6
Severo	7	8.2	6	10.9	13	9.3
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>140</b>	<b>100.0</b>

$$c^2 = 7.9$$

$$G. L = 3$$

$$P = 0.048$$

### CUADRO N° 09

#### Puntaje Depresión: Nunca Tratados - Antes Tratados

Enfermedad	N	Media	Desv estándar	t	p
Nunca Tratado	85	16.49	7.46	-3.036	0.003
Antes Tratado	55	20.31	7.13		

En el cuadro N° 09 se observa la comparación de los puntajes promedio de depresión de los enfermos TBP-FP nunca tratados y antes tratados, se utilizó la t de student, asumiendo varianzas desiguales en ambos, el resumen del contraste concluye que los puntajes promedio de depresión en ambos grupos son

significativamente diferentes. ( $p = 0.003$ ). Con lo cual queda demostrada la Hipótesis 1.

### ***1.2. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO NUNCA TRATADOS Y LOS CRÓNICOS. HIPÓTESIS 2***

Atendiendo a los porcentajes presentado en el cuadro N° 10 se observa comparativamente que el 58.8% de enfermos TBP-FP (nunca tratados) tiene niveles leve de depresión, los síntomas característicos son: preocupación somática, irritabilidad, autoacusación, tristeza, insomnio, y culpa. A diferencia del 17.1% de los enfermos con TBP-FP (crónicos) que manifiestan también preocupación por su salud de forma excesiva, disminución de la libido, insomnio, tristeza, estados de irritabilidad, insatisfacción con el entorno y sentimientos de culpa.

Ambos grupos tienen niveles moderados de depresión. Así, el 48.6% de enfermos TBP-FP (crónicos) refieren constante preocupación por su salud, irritabilidad, sentimientos de culpa, pensamientos de estar siendo castigados, insomnio, pérdida de la libido, insatisfacción con su entorno social, tristeza, pesimismo. Comparativamente el 16.5% de los enfermos TBP-FP (nunca tratados) difieren en síntomas como: tristeza, auto-acusaciones, pensamientos de estar siendo castigados, irritabilidad, preocupación somática y sentimientos de culpa.

Existe el nivel severo de depresión en ambos grupos de enfermos TBP-FP con características diferentes. El 31.4% del grupo de enfermos TBP-FP (crónicos) refieren principalmente la pérdida total de la libido, insomnio, pensamiento constante de estar siendo castigados con la enfermedad, tristeza, sentimientos de culpa, retraimiento social e insatisfacción. Sólo el 8.2% de los (nunca tratados)

alcanzó este nivel de depresión caracterizada por: tristeza, preocupación constante por estar enfermos, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, autoacusación y preocupación por el retardo laboral.

En la comparación de la depresión y la tuberculosis pulmonar frotis positivo en los grupos de enfermos TBP-FP nunca tratados y crónicos resulta una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ).

**CUADRO N° 10**  
**DEPRESIÓN POR CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD TBP-FP: NUNCA TRATADOS Y CRÓNICOS**

Categorías de Depresión	Nunca Tratados		Crónicos		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mínimo	14	16.5	1	2.9	15	12.5
Leve	50	58.8	6	17.1	56	46.7
Moderado	14	16.5	17	48.6	31	25.8
Severo	7	8.2	11	31.4	18	15.0
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 31.7$       G. L = 3      P = 0.000

**CUADRO N° 11**

**Puntaje Depresión: Nunca Tratados - Crónicos**

Enfermedad	N	Media	Desv estándar	t	p
Nunca Tratado	85	16.49	7.46	-5.725	0.000
Crónico	35	26.74	9.45		

En el cuadro N° 11 se observan los resultados obtenidos en la t de student, indicando que los puntajes promedios de depresión de los enfermos TBP-FP

nunca tratados y crónicos muestran diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.000$ ) Con lo cual queda demostrada la Hipótesis 2.

### ***1.3. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO ANTES TRATADOS Y LOS CRÓNICO. HIPÓTESIS 3***

En cuadro N° 12 se observa que el 47.3% de enfermos TBP-FP (antes tratado) presentan el nivel leve de depresión caracterizada por: excesiva preocupación somática, sentimientos de culpa, irritabilidad, pensamiento de estar siendo castigado, disminución de la libido, autocrítica frecuente, insomnio y tristeza. Existiendo diferencias con el 17.1% del grupo de enfermos TBP-FP (crónicos) quienes manifestaron: preocupación somática, disminución de la libido, insomnio, tristeza, irritabilidad, insatisfacción con el entorno social y culpa.

Hay niveles moderados de depresión en ambos grupos, encontrándose diferencias significativas en la manifestación de los síntomas. Así, tenemos que el 34.5% de enfermos con TBP-FP (antes tratado) refiere: preocupación somática, irritabilidad, pérdida de la libido, culpa, pensamiento de estar siendo castigados, frecuente autoacusación y tristeza. Al realizar la comparación con el 48.6% de enfermos TBP-FP (crónicos) se encontró también: gran preocupación por el estado de salud, irritabilidad, culpa, siente que son castigados, insomnio, disminución casi total de la libido, insatisfacción con el entorno social y pesimismo.

Los niveles severos de depresión se presento en ambos grupos. Comparativamente difieren en porcentajes y síntomas. Así el 31.4% de los enfermos TBP-FP (crónicos) caracterizan la depresión con síntomas como: pérdida total de la libido, insomnio, el sentimiento de estar siendo castigados, tristeza, culpa, desinterés por el entorno social y insatisfacción consigo mismos. A diferencia del 10.9% de enfermos TBP-FP (antes tratados) quienes se muestran:

pesimistas, se culpan frecuentemente por todo lo malo que les sucede, les preocupa el retardo laboral, tienen tristeza, sienten que son castigados, resultándoles difícil tomar decisiones.

Al hacer el contraste de independencia entre la categorías de depresión y los grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo antes tratados y crónicos, encontramos que existe una asociación significativa ( $p = 0.007$ ).

### **CUADRO N° 12**

#### **DEPRESIÓN POR CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD TBP-FP: ANTES TRATADOS Y CRÓNICOS**

<b>Categorías de Depresión</b>	<b>Antes Tratados</b>		<b>Crónicos</b>		<b>TOTAL</b>	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mínimo	4	7.3	1	2.9	5	5.6
Leve	26	47.3	6	17.1	32	35.6
Moderado	19	34.5	17	48.6	36	40.0
Severo	6	10.9	11	31.4	17	18.9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

$$\chi^2 = 12.03$$

$$G. L = 3$$

$$P = 0.007$$

### **CUADRO N° 13**

#### **Puntaje Depresión: Antes Tratados - Crónicos**

<b>Enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv estándar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Antes Tratado	55	20.31	7.13	-3.452	0.001
Crónico	35	26.74	9.45		

En el cuadro N° 13 se observa la comparación de los puntajes promedio de depresión en los enfermos TBP-FP antes tratados y crónicos mediante la prueba

de t de student, se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. ( $p = 0.001$ ) Con lo cual queda demostrada la Hipótesis 3.

#### ***1.4. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE SOPORTE SOCIAL ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO SEAN ESTOS DEL GRUPO NUNCA TRATADOS y LOS ANTES TRATADOS. HIPÓTESIS 4***

Los grupos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, así como los niveles de soporte social son variables cualitativas, medidas en escala nominal. La prueba estadística utilizada en esta parte del análisis de las hipótesis es la misma utilizada para los niveles de depresión.

La inspección de la Cuadro N° 14 señala la distribución de los niveles de soporte social entre los grupos, donde el nivel bajo de soporte social corresponde al 74.5% de enfermos TBP-FP (antes tratados) y el 51.8% a los enfermos TBP-FP (nunca tratados). Indicando que la red social no es disponible en situaciones de crisis, con baja capacidad en la reciprocidad de parte del enfermo, el apoyo práctico y especialmente el apoyo emocional es insuficiente hacia el enfermo, aún más cuando ellos se enfrentan a un proceso largo de tratamientos antituberculosos y estados depresivos.

Demográficamente el enfermo con TBP-FP (nunca tratado) cuenta con una red social amplia e incluso la mayoría de ellos pertenece a alguna institución de su comunidad, situación que difiere en los enfermos con TBP-FP (antes tratados) al contar con una red social pequeña y casi no participa en grupos sociales.

El 21.8% de los enfermos con TBP-FP (antes tratados) tienen un nivel medio de Soporte social y el 3.6% un nivel alto, indicando que ellos son



recíprocos con la red social, la familia está disponible en situaciones de crisis, recibiendo apoyo emocional con el que se amortigua los síntomas depresivos durante la enfermedad.

El 36.5% de los enfermos con TBP-FP (nunca tratados) tiene un nivel medio de soporte social soporte y el 10% el nivel alto, quiere decir que la red social está dispuesta a ayudarlos, le brindan el apoyo práctico que necesitan, el enfermo es recíproco con la familia, el apoyo emocional es efectivo y favorece el fortalecimiento de su autoestima y valoración como persona a pesar de tener una enfermedad altamente contagiante.

Al realizar el contraste de independencia entre las variables soporte social y enfermedad se halla que existe una asociación estadísticamente significativa en los grupos de enfermos nunca tratados y los antes tratados. ( $p = 0.021$ )

#### CUADRO N° 14

##### SOPORTE SOCIAL POR CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD TBP-FP: NUNCA TRATADOS Y ANTES TRATADOS

Soporte Social	TBC FP(+)			
	Nunca Tratados		Antes tratados	
	Casos	%	Casos	%
Bajo	44	51.8	41	74.5
Medio	31	36.5	12	21.8
Alto	10	10	2	3.6
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

$$\chi^2 = 7.762 \quad G. L = 2 \quad P = 0.021$$

### CUADRO N°15

#### **Puntaje Soporte Social: Nunca tratados - Antes Tratados**

<b>Enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv estándar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Nunca Tratado	85	152.69	59.20	3.093	0.002
Antes Tratado	55	121.95	56.30		

El cuadro N° 15 muestra la comparación de los puntajes promedio del soporte social en ambos grupos de enfermos, la prueba t de student indica que existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los dos grupos. ( $p = 0.002$ ). Con lo que se prueba la Hipótesis 4.

Sin embargo, al hacer un análisis del contenido de las áreas del soporte social en cada grupo de enfermos TBP-FP podemos observar los siguientes resultados:

### CUADRO N° 16

#### **ÁREAS DE SOPORTE SOCIAL POR CATEGORÍA DE ENFERMEDAD: ANTES TRATADOS Y NUNCA TRATADOS**

<b>Categorías Soporte Social</b>	<b>ANTES TRATADOS</b>		<b>NUNCA TRATADOS</b>		<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>Media</b>	<b>Desv Estándar</b>	<b>Media</b>	<b>Desv Estándar</b>		
Disponibilidad	38.53	15.56	46.14	15.78	2.812	0.006
Reciprocidad	29.56	16.64	38.98	18.01	3.164	0.002
Apoyo Práctico	19.95	10.71	26.01	11.89	3.133	0.002
Apoyo emocional	41.76	21.34	54.01	23.62	3.179	0.002
Apoyo relacionado a un problema	21.71	12.20	26.53	12.71	2.246	0.027
Puntaje Soporte Social	121.95	56.30	152.69	59.20	3.093	0.002

Al observar el Cuadro N° 16 el soporte social (representado por el total) el valor  $t$  obtenido ( $t = 3.093$ ) es estadísticamente significativo ( $p = 0.002$ ). Lo que indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de enfermos con TBP-FP (nunca tratados) quienes logran valores promedio más altos que el grupo de enfermos TBP-FP (antes tratado).

Al inspeccionar los puntajes promedio en las 5 áreas del Soporte Social, encontramos en el área de (Apoyo emocional) una media de (54.01) en el grupo TBP-FP nunca tratados y una media de (41.76) para el grupo TBP-FP antes tratado, existiendo diferencias en las demostraciones afectivas y de valoración que reciben de su red social.

En el área de (Disponibilidad) los enfermos TBP-FP nunca tratados obtienen una media (46.14), a diferencia de los enfermos TBP-FP antes tratados (38.98), lo que indica que la red social del primer grupo está más disponible en situaciones de crisis.

La media de (38.98) en el área de (Reciprocidad) es obtenida por el enfermo TBP-FP nunca tratado, a diferencia del (29.56) que tienen los enfermos TBP-FP antes tratados, debido a que estos últimos se encuentran limitados en sus conductas de reciprocidad hacia la red social.

Existe diferencia en las medias del área (Apoyo relacionado a un problema) los enfermos TBP-FP nunca tratados obtienen (26.53), a diferencia del (21.71) para los enfermos TBP-FP antes tratados.

Los puntajes promedio más bajos se observan en el área de (Apoyo práctico). Así los enfermos TBP-FP nunca tratados obtienen (26.01), comparado con el (19.95) del grupo de enfermos TBP-FP antes tratados, constituyéndose esto

es un indicador de las deficientes relaciones interpersonales del enfermo con la red social, no recepcionando entonces el apoyo tangible que necesita durante la enfermedad.

**1.5. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE SOPORTE SOCIAL ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO SEAN ESTOS DEL GRUPO NUNCA TRATADOS y LOS CRÓNICOS. HIPÓTESIS 5**

**CUADRO N° 17**

**SOPORTE SOCIAL POR CATEGORIAS DE ENFERMEDAD TBP- FP NUNCA TRATADOS Y CRONICOS**

Soporte Social	TB- FP			
	Nunca Tratados		Crónicos	
	Casos	%	Casos	%
Bajo	44	51.8	32	91.4
Medio	31	36.5	1	2.9
Alto	10	10	2	5.7
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 17.57$

G. L = 2

P = 0.000

Atendiendo a los porcentajes del Cuadro N° 17 se identifica que el 91.4% de los enfermos TBP-FP (crónicos) tienen un bajo nivel de soporte social; sus redes sociales son pequeñas y tal como lo indican los datos demográficos estos enfermos en un 86% sólo cuentan con 2 miembros de su familia (madre y/o hermanos), no participan en grupos de su comunidad, la familia a dejado de brindarle apoyo práctico, no está disponible y es deficiente en el apoyo emocional

encontrándose alguno de ellos en situación de abandono familiar y social, ya que las organizaciones de su comunidad tampoco los admiten debido a la falta de recursos económicos y al existir el riesgo de contraer esta enfermedad altamente contagiosa.

El 51.8% de enfermos con TBP-FP (nunca tratados) tienen el nivel bajo de soporte social, con características diferentes. Demográficamente su red social es más amplia e incluso la mayoría de ellos pertenecen a alguna institución, reciben apoyo afectivo, la familia está disponible en caso de necesidades urgentes e incluso son recíprocos con la red social, percibiendo que son ayudados en su problema actual.

El nivel medio de soporte es obtenido por el 36.5% de enfermos TBP-FP (nunca tratados) y sólo el 10 % alcanzó el nivel alto. Situación que difiere con los enfermos TBP-FP (crónicos) donde sólo el 2.9% alcanza el nivel medio de soporte social y el 5.7% el nivel alto.

Realizada la prueba Chi cuadrado las dos variables soporte social y enfermedad se encuentra que existe una asociación estadísticamente significativa en los grupos de enfermos TBP-FP nunca tratados y crónicos. ( $p = 0.000$ )

### **CUADRO N° 18**

#### **Puntaje Soporte Social: Nunca tratados - Crónicos**

<b>Enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv estándar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Nunca Tratado	85	152.69	59.20	5.188	0.000
Crónico	35	95.54	52.96		

En el cuadro N° 18 se observa la comparación de los puntajes promedio del soporte social en los grupos de enfermos con TBP-FP nunca tratados y crónicos, mediante la t de student, la cual indica que existen diferencias estadísticamente

significativas en los puntajes promedio. ( $p = 0.000$ ), por lo que queda demostrada la Hipótesis 5.

Para una mejor comprensión de la variable del soporte social y los grupos de enfermos con TBP-FP, se realizó el análisis comparativo de los puntajes promedio de las cinco áreas del soporte social, los resultados son los siguientes:

**CUADRO N° 19**

**ÁREAS DE SOPORTE SOCIAL POR CATEGORÍA DE ENFERMEDAD:  
NUNCA TRATADOS Y CRÓNICOS**

Categorías Soporte Social	NUNCA TRATADOS		CRONICOS		t	p
	Media	Desv Estándar	Media	Desv Estándar		
Disponibilidad	46.14	15.78	31.43	15.61	2.106	0.039
Reciprocidad	38.98	18.01	20.03	14.54	2.866	0.005
Apoyo Práctico	26.01	11.89	14.80	9.74	2.349	0.021
Apoyo emocional	54.01	23.62	31.60	20.46	2.259	0.027
Apoyo relacionado a un problema	26.53	12.71	17.43	9.36	1.876	0.064
Puntaje Soporte Social	152.69	59.20	95.54	52.96	5.188	0.000

El Cuadro N° 19 describe el Soporte Social mediante el valor t obtenido ( $t = 5.188$ ) por lo cual existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.000$ )

Entonces hay diferencias en los puntajes promedio de cada una de las 5 áreas del Soporte Social, obteniendo mayores valores el grupo de enfermos TBP-FP nunca tratados, comparados con los valores bajos del grupo de enfermos con TBP-FP crónicos.

Al establecer las diferencias por áreas del Soporte Social en ambos grupos hallamos que los enfermos TBP-FP nunca tratados tienen un puntaje promedio de (54.01) ellos cuentan demográficamente con una red amplia, la que brinda (Apoyo emocional) fortaleciendo el autoestima del enfermo con lo cual disminuye el

riesgo de deprimirse. Hay diferencia con el enfermo TBP-FP crónico que obtiene una media de (31.60) tiene una red de soporte social pequeña y limitadamente recibe afecto, lo que genera estados de tristeza, insatisfacción con su entorno e irritabilidad.

Los enfermos TBP-FP nunca tratados tienen un puntaje promedio de (46.14) en el área de (Disponibilidad) los miembros de su familia los ayudan en situaciones de emergencia, es diferente en los enfermos TBP-FP crónicos al contar con sólo 2 miembros de su familia, obteniendo por tanto un puntaje promedio de (31.43).

Los enfermos TBP-FP nunca tratados tienen conductas de reciprocidad ya que la enfermedad no los ha invalidado totalmente, así mismo ellos se sienten útiles, sus puntajes promedio son (38.98) en el área de (Reciprocidad). En el caso de los enfermos TBP-FP crónicos sus puntajes promedios son ( 20.03); refieren que nunca o casi nunca pueden ayudar en sus hogares, por haberse ido invalidando físicamente con la enfermedad, experimentando por ello sentimientos de inutilidad dentro de la red familiar e inclusive se aíslan socialmente.

Los enfermos TBP-FP crónicos y nunca tratados perciben por igual que no son atendidos en los problemas actuales que viven de parte de su red social, entonces en el área de (Apoyo relacionado a un problema) ambos grupos no presentan diferencias significativas.

Si bien los enfermos con TBP-FP cuentan con niveles bajos de soporte social, se ha hecho evidente que hay diferencia entre el soporte percibido y el soporte efectivo, este es un indicador de inadecuadas relaciones interpersonales con la red y fuente de constantes insatisfacciones al evaluar el área de (Apoyo práctico). La situación es grave en el los enfermos TBP-FP crónicos los cuales manifiestan desesperanza, frustración, irritabilidad, separación social cuando la

ayuda no se hace efectiva, lo cual se ve reflejado en el puntaje promedio que obtienen (14.80). Hay diferencia con el enfermo TBP-FP nunca tratado que si recibe la ayuda ofrecida pero de forma limitada, siendo su puntaje promedio de (26.01).

**1.6 COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE SOPORTE SOCIAL ENTRE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO SEAN ESTOS DEL GRUPO DE LOS ANTES TRATADOS y CRÓNICOS. HIPOTESIS 6**

**CUADRO N° 20**

**SOPORTE SOCIAL POR CATEGORÍAS DE ENFERMEDAD TBP-FP: ANTE TRATADOS Y CRÓNICOS**

Soporte Social	TBC FP(+)			
	Antes Tratados		Crónicos	
	Casos	%	Casos	%
Bajo	41	74.5	32	91.4
Medio	12	21.8	1	2.9
Alto	2	3.6	2	5.7
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 6.283$     G. L = 2    P = 0.043

La inspección del cuadro N° 20 muestra los porcentajes de los grupos de los enfermos TBP-FP antes tratados y crónicos en los tres niveles de Soporte Social .

El (91.4% ) del los enfermos con TBP-FP (crónicos) tienen niveles bajos de Soporte Social caracterizado por una mínima red social, la que brindan insuficiente apoyo emocional, percibiéndose incapaces de dar ayuda en sus hogares debido la cronicidad de su enfermedad.

Si bien, el (74.5% ) de los enfermos TBP-FP (antes tratados) también tienen niveles bajos de Soporte Social, ellos cuentan con una red social más amplia que



les brindan mayor apoyo emocional, la familia está disponible en situaciones de emergencia, percibiendo que son ayudados por estas personas en su situación actual.

El (21.8% ) de este grupo alcanza el nivel medio de soporte social y el 3.6% el nivel alto, entonces los enfermos TBP-FP antes tratados son más beneficiados por su red social.

Según lo observado en la distribución porcentual sólo el 2.9% de los enfermos TBP-FP crónicos tiene el nivel medio y el 5.7% alcanza el nivel alto del soporte social.

Realizada la prueba de independencia de las variables, se obtienen que el Soporte Social y la tuberculosis pulmonar se encuentran asociadas estadísticamente, lo que es significativo en los dos grupos de enfermos TBP-FP antes tratados y crónicos. ( $p = 0.043$ )

### CUADRO 21

#### **Puntaje Soporte Social Enfermos TBP-FP: Antes Tratados - Crónicos**

<b>Enfermedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv estándar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Antes Tratado	55	121.95	56.30	2.249	0.027
Crónico	35	95.54	52.96		

En el cuadro N° 21 se observa la comparación de los puntajes promedio del soporte social en grupos de enfermos TBP-FP antes tratados y crónicos, los resultados obtenidos mediante la prueba t de student indica que existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. ( $p = 0.027$ ), con lo que queda confirmada la Hipótesis 6.

Se ha realizado también un análisis comparativo de las cinco áreas del soporte social, para una mejor comprensión de lo planteado en la hipótesis 6, los resultados son:

**CUADRO N° 22**

**ÁREAS DE SOPORTE SOCIAL POR CATEGORÍA DE ENFERMEDAD: ANTES TRATADOS Y CRONICOS**

Categorías Soporte Social	ANTES TRATADOS		CRONICOS		t	p
	Media	Desv Estándar	Media	Desv Estándar		
Disponibilidad	38.53	15.56	31.43	15.61	4.678	0.000
Reciprocidad	29.56	16.64	20.03	14.54	6.036	0.000
Apoyo Práctico	19.95	10.71	14.80	9.74	5.36	0.000
Apoyo emocional	41.76	21.34	31.60	20.46	5.207	0.000
Apoyo relacionado a un problema	21.71	12.20	17.43	9.36	4.337	0.000
Puntaje Soporte Social	121.95	56.30	95.54	52.96	2.249	0.027

Al inspeccionar el cuadro N° 22 observamos en el Soporte social el valor t donde ( $t = 2.249$ ), es decir hay diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio del soporte social obtenido por los grupos de enfermos TBP-FP antes tratados y crónicos.

Al analizar las 5 áreas del soporte social, se observa que el enfermo TBP-FP antes tratado tiene un puntaje promedio de (41.76), entonces reciben de parte de su red social (Apoyo emocional) con el cual fortalece su autoestima. El grupo de enfermos TBP-FP crónicos obtienen una media de (31.60) su red social es poco afectiva, caracterizándose este grupo por tener baja autoestima, mínima valoración de su vida y están insatisfechos con ellos mismos.

Los enfermos TBP-FP crónicos al tener una red social pequeña, es insuficiente el número de personas dispuestos a ayudarlos en caso de necesidades urgentes, entonces sus puntajes promedio son (31.43), situación diferente en los enfermos TBP-FP antes tratados que tienen un puntaje promedio de (38.53) sus familiares están dispuestos a colaborar de inmediato (Disponibilidad), a pesar de haber vuelto a enfermar con TBC.

Las áreas antes descritas se asocian con la capacidad de dar y recibir ayuda (Reciprocidad) que tiene el enfermo con tuberculosis pulmonar, es así que el enfermo TBP-FP crónico debido a los largos años con tuberculosis, por el efecto secundario que tiene la medicación antituberculosa y la debilidad física que siente, le impide en la mayoría de las veces colaborar en el hogares e incluso hace varios años ya no trabajan, esto se observa en su puntaje promedio de (20.03); a diferencia enfermo TBP-FP antes tratado quienes presentan un promedio de (29.56) quienes a pesar de la enfermedad colaboran en el hogar e incluso gran parte de ellos continúan trabajando.

Ambos grupos manifestaron sentirse apoyados en el problema de salud que viven (Apoyo relacionado a un problema); los enfermos TBP-FP antes tratados alcanzan una media de (21.71), se sienten mejor y capaces de manejar su situación actual al ser apoyados. A diferencia de los enfermos TBP-FP crónicos quienes obtienen una media de (17.43), manifiestan sentirse un poco mejor con la ayuda actual para resolver sus problemas, e incluso muchos de sus problemas no son comunicados a sus familiares al conocer que no serán apoyados.

A todo esto se puede observar que ambos grupos de enfermos obtienen puntajes bajos en (Apoyo práctico) la cual describe un área importante del soporte social relacionado al grado de interacción personal dentro de la red social Si bien el enfermo TBP-FP antes tratado obtiene puntaje promedio de (19.95), el todavía recibe de su familia ayuda en el aspecto económicos, le dan consejos u objetos materiales pero de forma limitada. La situación es crítica en los enfermos TBP-FP

crónicos al obtener el puntaje promedio de (14.80), ellos casi nunca reciben ayuda económica, o deben realizar constantes pedidos, trámites e incluso quejas para ser atendidos en sus necesidades básicas, esto condiciona en los enfermos insatisfacción, sentimientos de ser rechazado y abandono social.

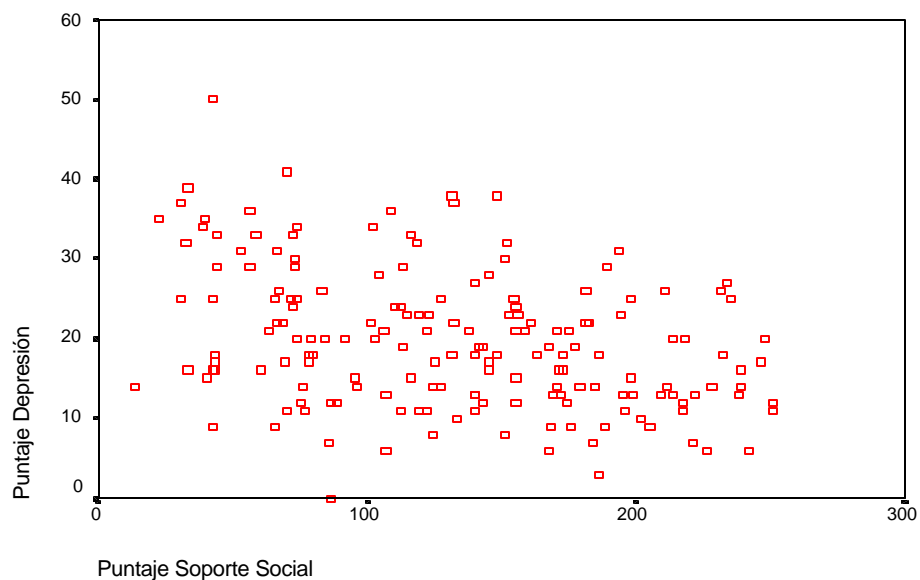
***1.7 EXISTE UNA CORRELACIÓN NEGATIVA ENTRE LOS PUNTAJES DE LA DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL DE LOS ENFERMOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO. HIPÓTESIS 7.***

En el siguiente gráfico se presenta la dispersión entre los puntajes de soporte social y depresión, observándose una baja relación lineal inversa entre ellas con pendiente negativa.

El coeficiente de correlación de pearson calculado es de ( -0.365) el cual es significativo ( $p < 0.05$ ). Esto hace referencia que al existir un mayor soporte social, los niveles de depresión de los enfermos con TBP-FP descenderían.

**GRÁFICO N° 7**

**DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL**



Para una mejor comprensión de la hipótesis 7 el Inventario de Depresión de Beck fue sometido al análisis factorial, se empleó como técnica de rotación Varimax arrojando 5 factores:

- FACTOR 1: Autoestima disminuida.
- FACTOR 2: Síntomas físicos asociados a la depresión.
- FACTOR 3: Incapacidad para disfrutar.
- FACTOR 4: Déficit en la interacción social.
- FACTOR 5: Cogniciones negativas.

**CUADRO N° 23**

**CORRELACIÓN ENTRE FACTORES DEL INVENTARIO DE  
DEPRESIÓN DE BECK Y SOPORTE SOCIAL**

	Disponibilidad	Reciprocidad	Apoyo Práctico	Apoyo emocional	Apoyo relacionado a un problema
Factor 1	-0.16 *	-0.21 *	-0.22 *	-0.17 *	-0.15 *
Factor 2	0.11	0.22 **	0.26 *	0.19 *	0.04
Factor 3	-0.04	-0.07	-0.11	-0.04	0.02
Factor 4	-0.41	-0.47 **	-0.45 **	-0.46 **	-0.32 **
Factor 5	-0.28 **	-0.26 **	-0.27 **	-0.25 **	-0.19 **

\* Significativa al 0.05

El cuadro N° 23 describe los resultados de las correlaciones entre los 5 factores del Inventario de Depresión de Beck y las 5 áreas del Soporte Social de Flaherty.

En los enfermos con TBP-FP se encontró que existe una correlación alta e inversa entre el Factor 4 (Déficit en la interacción social) y el área del soporte

social Reciprocidad ( $r = -0.47$ ) a menor capacidad de retribución con su entorno social el enfermo se deprime y aísla socialmente. Ocurre lo mismo con el área de Apoyo emocional ( $r = -0.46$ ) donde la correlación es alta e inversa, es decir a menor afecto, acompañamiento y confianza en si mismo hay mayor probabilidad de retraerse socialmente.

En el área de Apoyo práctico ( $r = -0.45$ ) la correlación es alta e inversa, indicando que sí el enfermo con TBP-FP comunicara todas sus necesidades y éstas fueran satisfechas no se apartaría socialmente.

Existe una correlación alta e inversa ( $r = -0.41$ ) con el área de Disponibilidad del soporte social, cuanto más pequeña la red social hay un menor número de personas disponibles en caso de crisis, por lo cual el enfermo TBP-FP tiene mayores probabilidades de aislarse socialmente al no satisfacer su necesidad de ayuda en casos de emergencia

El área Apoyo relacionado a un problema actual del soporte social y el factor 4 del IDB tiene una correlación significativa ( $r = -0.32$ ), es decir si la red social no lo está ayudando efectivamente durante la enfermedad TBP-FP, hay un mayor retracción social y se intensifican los síntomas depresivos.

Se observa que el Factor 5 (Cogniciones negativas) del IDB tuvo una correlación significativa ( $r = -0.28$ ) con el área de disponibilidad del soporte social, es decir si el enfermo TBP-FP no encuentra disponible a su red social en situaciones de emergencia tenderá a mayores cogniciones depresivas.

Así mismo, el área de Apoyo práctico del soporte social tuvo una correlación significativa ( $r = -0.27$ ) con este factor 5 del IDB, cuanta menor ayuda

tangible reciba el enfermo con TBP-FP, entonces aumentan sus cogniciones negativas.

El área de Reciprocidad se correlacionó significativamente ( $r = -0.26$ ) con el factor 5, si el enfermo TBP-FP no es recíproco dentro de su red social, tenderá a mayores cogniciones depresivas a cerca de su persona y red social.

El área del Apoyo emocional del soporte social es deficiente en el enfermo con TBP-FP, hallándose una correlación significativa ( $r = -0.25$ ) con el factor 5 del IDB, lo que indica a menor afecto y comunicación con el enfermo, éste intensifica las cogniciones negativas a cerca de valoración

El área de Apoyo relacionado a un problema actual tuvo una correlación significativa ( $r = 0.19$ ) con el factor 5 del IDB, entonces a menor resolución de los problemas que vive el enfermo con TBP-FP, hay una mayor probabilidad de tener cogniciones negativas a cerca de su enfermedad y del futuro.

El factor 1 (Autoestima) del inventario de Beck tuvo una correlación inversa con el área de Apoyo práctico del soporte social ( $r = -0.22$ ), a menor apoyo tangible que reciba el enfermo con TBP-FP, mayor es la probabilidad de la pérdida de estimación de si mismo, intensificándose los síntomas depresivos.

El área de reciprocidad se correlacionó inversamente ( $r = -0.21$ ) con el factor 1 del IDB, es decir si el enfermo con TBP-FP no puede ser recíproco dentro de la red social entonces presentará sentimientos de inutilidad, culpa y desvalorización por lo que se intensifican los síntomas depresivos.

Se determinó correlaciones bajas e inversas, aunque significativas entre el factor 1 del IDB y las áreas del soporte social como: Apoyo emocional ( $r = -0.17$ ),

disponibilidad ( $r = - 0.16$ ) y Apoyo a un problema actual ( $r = - 0.15$ ), con esto se confirma que si el enfermo con TBP-FP no es fortalecido por la red social en su autoestima durante la enfermedad, hay intensificación de los síntomas depresivos.

• **ANALISIS COMPLEMENTARIO DE OTRAS VARIABLES**

**1. ENFERMEDAD TBP-FP Y GRUPOS DE EDAD:**

En la muestra se encontró que el 29.4% de los enfermos con TBP-FP (nunca tratado) tiene las edades de 20 a 24 años, el 20% entre las edades de 25 a 29 años, el 15.3 % entre los 30 y 34 años y el 17.6% entre los 35 a 39 años de edad.

Los enfermos con TBP-FP (antes tratados) en un 40% tiene 20 a 24 años y un 23.6% tiene 25 a 29 años de edad.

Los enfermos con TBP-FP crónicos, en un 23% tiene entre 25 a 29 años, el 17% se ubica en las edades de 30 a 34 años, el 14% entre los 20 a 24 años y un 11% entre los 40 a 44 años. (Ver cuadro N° 24)

Los hallazgos confirman lo investigado por Matos (1985) la tuberculosis se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, debido a los escasos recursos económicos, o aparición de resistencia a los medicamentos antituberculosos.

**CUADRO N° 24**

**GRUPOS DE ENFERMOS TBP-FP y EDADES**

Grupos de Edad	TBC FP(+)					
	Nunca Tratados		Antes tratados		Cronicos	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
20-24	25	29.4	22	40	5	14.3
25-29	17	20	13	23.6	8	22.9
30-34	13	15.3	7	12.7	6	17.1
35-39	15	17.6	9	16.4	3	8.6
40-44	10	11.8	1	1.8	7	20
45-49	3	3.5	-	-	4	11.4
50+	2	2.4	3	5.5	2	5.7
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>



## **2. ENFERMEDAD Y ESTADO CIVIL DE LOS ENFERMOS TBP-FP**

En los grupos de enfermos TBP-FP la variable estado civil dio como resultado que los enfermos TBP-FP (nunca tratados) en un 48% son solteros, un 29% son convivientes, y un 18% esta casado.

Los enfermos TBP-FP (antes tratado) en un 57.4% son solteros, teniendo la misma condición en un 66% los enfermos TBP-FP (crónicos).

Los enfermos (antes tratados) en un 33% son convivientes y sólo un 7.4% esta casado.

Durante la investigación el 54.6% del total de la muestra manifestó no tener un compromiso afectivo debido a la enfermedad, la imposibilidad de trabajar y la situación económica que vive el país, los que serian factores importantes que le impiden mantener una familia o pareja.

El 45% que si tiene familia manifestó que la relación de convivencia o casado no era estable, e incluso muchos de ellos se han separado temporalmente de sus parejas e hijos para evitar el contagio, o existen problemas de adaptación a la enfermedad del paciente. (Ver cuadro N° 25)

### **CUADRO N° 25**

#### **GRUPOS DE ENFERMOS TBP-FP y ESTADO CIVIL**

Estado civil	TBC FP(+)					
	Nunca Tratados		Antes tratados		Cronicos	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Soltero	41	48.2	31	56.4	23	66
Casado	15	17.6	4	7.3	2	6
Conviviente	25	29.4	19	34.5	8	23
Divorciado	-	-	-	-	1	3
Separado	4	4.7	1	1.8	1	3
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

### 3. ENFERMEDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL ENFERMO TBP-FP

En el estudio realizado los enfermos TBP-FP (nunca tratados) en un 70.6 % y un 75 % de los antes tratados y el 69 % de los crónicos tienen el grado de instrucción secundario.

Los enfermos con TBP-FP (crónicos) en un 31% alcanzan el grado instrucción primario. Del total de la muestra el 7.4% alcanzó estudios superiores y 5.7% estudio una carrera técnica.

La información obtenida es importante debido a que el enfermo con bajo nivel de instrucción no podría llegar a comprender, ni poner en práctica todas las medidas sanitarias que debe cumplir durante su tratamiento. Un nivel secundario facilita la labor de educación sanitaria en los establecimientos de salud y se hace extensivo a la red social previniéndose con todo esto la propagación de esta enfermedad altamente contagiosa. (Ver cuadro N° 26)

**CUADRO N° 26**

#### GRUPOS DE ENFERMOS TBP-FP y GRADO DE INSTRUCCION

Grado de Instrucción	TBCFP(+)						Total	
	Nunca Tratados		Antes tratados		Crónicos		Casos	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%		
Primaria	9	10.6	7	13	11	31	27	15.4
Secundaria	60	70.6	41	75	24	69	125	71.4
Superior	9	10.6	4	7	-	-	13	7.4
Técnico	7	8.2	3	5	-	-	10	5.7
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

### 4. NIVELES DE DEPRESIÓN Y EDAD DE LOS ENFERMOS TBP-FP

En el cuadro N° 27 observamos que el nivel mínimo, leve y moderado en mayor porcentaje se halla en las edades de 20 a 29 años de edad.

El nivel severo de depresión se encuentra en las edades de 30 a 39 años, manifestando los porcentajes más altos el grupo de enfermos TBP-FP crónicos

Nuevamente encontramos que el grupo de jóvenes no sólo presentan la enfermedad tuberculosis pulmonar, sino también que esta es acompañada por síntomas depresivos.

### **CUADRO N° 27**

#### **NIVELES DE DEPRESIÓN y EDAD ENFERMOS TBP-FP**

<b>Grupos de Edad</b>	<b>Categorías de Depresión</b>								<b>Total</b>
	<b>Mínimo</b>	<b>%</b>	<b>Leve</b>	<b>%</b>	<b>Moderada</b>	<b>%</b>	<b>Severa</b>	<b>%</b>	
20-24	6	31.6	28	34.1	14	28.0	4	16.7	52
25-29	4	21.1	17	20.7	14	28.0	3	12.5	38
30-34	2	10.5	14	17.1	5	10.0	5	20.8	26
35-39	5	26.3	10	12.2	7	14.0	5	20.8	27
40-44		0.0	10	12.2	4	8.0	4	16.7	18
45-49	1	5.3	1	1.2	3	6.0	2	8.3	7
50+	1	5.3	2	2.4	3	6.0	1	4.2	7
Total	19	100.0	82	100.0	50	100.0	24	100.0	175

#### ***5. NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL ENFERMOS TBP-FP***

En el cuadro N° 28 se observa que el 43% los enfermos TBP-FP solteros tienen el nivel leve de depresión, el 30.5% el nivel moderado y el 16.8% el nivel severo.

El 57% de los casados tienen niveles leves de depresión y el 33% el nivel moderado.

El 54% de los convivientes tienen niveles leves de depresión y el 23% nivel moderado.

Los separados en un 50% presento niveles de depresión severa.

**CUADRO N° 28**  
**NIVELES DE DEPRESIÓN y ESTADO CIVIL ENFERMOS TBP-FP**

Categorías Depresión	ESTADO CIVIL										Total	%
	Soltero	%	Casado	%	Conviv	%	Divorc	%	Separ	%		
Mínimo	9	9.5	2	9.5	7	13.5			1	16.7	19	10.9
Leve	41	43.2	12	57	28	53.8			1	16.7	82	46.86
Moderado	29	30.5	7	33	12	23.1	1	100	1	16.7	50	28.57
Severo	16	16.8		0	5	9.6			3	50.0	24	13.71
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

**6. SOPORTE SOCIAL Y EDAD EN LOS ENFERMOS TBP-FP**

En el cuadro N° 29 se observa dentro del nivel bajo de soporte social se ubica en todas las edades, correspondiendo a las edades de 20 a 24 años y 45 a 49 años los porcentajes más altos.

El nivel medio de soporte social también se encuentra en todas las edades, especialmente entre los 25 a 29 años, los 20 a 24, y 30 a 34 años.

El nivel alto de soporte social se ubica entre las edades de 40 a 44 años y 45 a 49 años.

Se deduce entonces que el 67% de los enfermos TBP-FP tiene soporte social bajo, el 25% el nivel medio y sólo el 8% un nivel alto de soporte social.

**CUADRO N° 29**  
**NIVEL DE SOPORTE SOCIAL y EDAD ENFERMOS TBP-FP**

Soporte Social	Grupos de Edad														Total	%
	20-24	%	25-29	%	30-34	%	35-39	%	40-44	%	45-49	%	50+			
Bajo	35	67.3	25	65.8	17	65.4	18	66.7	11	61.1	5	71.4	6	117	66.9	
Medio	14	26.9	11	28.9	7	26.9	7	25.9	4	22.2	1	14.3		44	25.1	
Alto	3	5.8	2	5.3	2	7.7	2	7.4	3	16.7	1	14.3	1	14	8.0	
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>	<b>7</b>	<b>175</b>	<b>100.0</b>	

**7. NIVELES DE SOPORTE SOCIAL Y ESTADO CIVIL DEL ENFERMO**

**CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO:**

En el cuadro N° 30 se observa la variable de soporte social en sus diferentes niveles, ubicándose al 75.8% de solteros, al 47.6% de casados, al 58.8% de convivientes y al 50% de separados en el nivel bajo.

El nivel medio de soporte social alcanzó los mayores porcentajes en los estados civiles de casados con un 38%, convivientes 34.6% y el 33.3% de separados.

El nivel alto de soporte social se ubicó más en los estados civiles de casados con un 14.3% y el 16.7% en los separados.

Entonces gran parte de la muestra al estar soltero, conviviendo o casado no recibiría el adecuado soporte social de la familia o pareja durante los meses de tratamiento medicamentoso

**CUADRO N° 30**

**NIVELES DE SOPORTE SOCIAL y ESTADO CIVIL ENFERMOS TBP-FP**

Soporte Social	ESTADO CIVIL								Total	%		
	Soltero	%	Casado	%	Conviv	%	Divorc	%			Separ	%
Bajo	72	75.8	10	48	30	57.7	1		3	50.0	116	66.3
Medio	17	17.9	8	38	18	34.6			2	33.3	45	25.71
Alto	6	6.3	3	14	4	7.7			1	16.7	14	8
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

## ***2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS***

Las investigaciones señalan que un adecuado soporte social repercute en menores niveles de depresión y ayudan a mejorar el estado de salud física de las personas. Gaviria (1983), Ludwing y Collete (1970); refieren que la pérdida de la red de amigos o compañeros es un factor de riesgo para los problemas de salud mental, los mismos autores encontraron que los sujetos que tenían un adecuado soporte social presentaban menos síntomas de malestar psicológico en situaciones de crisis o conflictos. Por otro lado se ha señalado que la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión ejerce efectos negativos sobre la salud física y la respuesta ante el tratamiento medicamentoso, Antoni; et al. (1991), Rabkin; et al. (1994). De aquí la importancia de conocer cómo las variables psicológicas y sociales intervienen en la recuperación de los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, pues al ser una de las poblaciones de enfermos más vulnerables de recaer con la TBC, podrían contagiar a otros miembros de su comunidad, ser irregular o abandonar el tratamiento antituberculoso, constituyéndose estos dos últimos en factores predisponentes a la tuberculosis multidrogorresistente.

La muestra estuvo constituida por 175 varones enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, agrupados en tres categorías; los nunca tratados, con recaída y los crónicos, los cuales fueron evaluados psicológicamente y se determinó los niveles de depresión y soporte social que presentan al iniciar su tratamiento en el Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud.

En la investigación con respecto a las edades de los enfermos con TBP-FP se encontró que el (30%) está constituido por jóvenes entre los 20 a 24 años, el (22%) se ubica entre los 25 a 29 años, el (15%) tiene las edades de 30 a 34 y el (15%) entre las edades de 35 a 39 años. Este hallazgo se corrobora con lo señalado por Matos F. (1985) la tuberculosis pulmonar se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, siendo considerada como la segunda causa de muerte entre los grupos de edad de 15 a 44 años; debido a los escasos recursos económicos o

aparición de resistencias a los medicamentos antituberculosos. Referencialmente esta enfermedad mata más adolescentes y adultos que cualquier otra infección aislada, siendo el grupo de varones en un 58 % el más afectado en comparación a las mujeres, PCT Ministerio de Salud (1999).

Al analizar comparativamente los niveles de la variable **depresión** en los tres grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, los resultados indican que: los niveles moderados a severos son obtenidos por el (80%) de enfermos TBP-FP *crónicos*, comparativamente los niveles leves a moderado corresponde al (82%) de enfermos TBP-FP con *recaída* y el nivel leve de depresión corresponde al (59%) de enfermos TBP-FP *nunca tratados*. Accinelli y León Barúa (1981) señalan que los pacientes con tuberculosis pulmonar tienen mayor tendencia a manifestar depresión que los portadores de otras enfermedades.

Se podría suponer que los síntomas de la depresión pueden estar apareciendo como producto de la tuberculosis o que al estar enfermo con tuberculosis se produce la depresión. Flaherty, Channon y Davis (1991) señalan con respecto a la depresión y enfermedad física que las variables se manifiesta de diferente manera. Una de ellas es la depresión como primer signo de la enfermedad física, en donde se ubican las enfermedades infecciosas crónicas como la tuberculosis pulmonar; la segunda es la depresión secundaria a la enfermedad física, en donde la depresión es una de las formas habituales de reacción ante la presencia de una enfermedad física. Alguno de los factores que desempeñan un papel destacado en esta reacción son: la edad de instalación de la enfermedad, el grado de discapacidad, la naturaleza de la enfermedad, la percepción del enfermo de su imagen corporal y las modificaciones que se presentan como resultado de una enfermedad específica.

Las personas de la muestra investigada durante la entrevista manifestaron síntomas previos, a los cuales no presto atención pensando que tenían una enfermedad pasajera; pero cuando tuvo tos frecuente, hemoptisis y la

confirmación bacteriológica el impacto en su estado emocional fue grande, experimentando entonces tristeza, pensamientos de muerte, autoacusación, excesiva preocupación somática, etc. En este caso la depresión según Nezá, Nezá y Pery (1989) ocurre porque la persona atraviesa situaciones difíciles y/o negativas y no sabe como solucionarlas, debido a un déficit de estrategias de solución de problemas. Así, mismo en la depresión ocurre que la persona magnifica lo negativo, con lo que el futuro se ve desesperanzador, Beck (1990).

El análisis cualitativo comparativo de los niveles de depresión también permite diferenciar a los 3 grupos de enfermos TBP-FP según los síntomas clínicos que presentan, así el (80%) de enfermos TBP-FP *crónicos* obtuvo niveles de depresión moderado a severo, no tiene un estilo de vida saludable y padece de frecuentes molestias físicas producto de los largos años con esta enfermedad, sus síntomas depresivos más frecuentes son: preocupación excesiva por su salud, pensamientos de estar siendo castigados, irritabilidad, sentimientos de culpa, insomnio, tristeza, retracción social, pérdida de la libido, los cuales lo podrían predisponer al abandono del tratamiento antituberculoso.

Entonces los síntomas depresivos en el enfermo TBP-FP *crónico* son más intensos que la de los otros grupos de la muestra, diferenciándose con el (59%) de enfermos TBP-FP *nunca tratados* al presentar mínimas molestias físicas y/o reacciones adversas al tratamiento antituberculoso, sus niveles leves de depresión clínicamente se manifiesta mediante: la tristeza, insomnio, autoacusación, irritabilidad, tienen actitud positiva ante el tratamiento antituberculoso y creen en su recuperación, entonces habría una menor tendencia a la irregularidad o abandono de su tratamiento. Comparativamente el (82 %) del grupo de enfermos TBP-FP con *recaída* tiene niveles leve a moderado de depresión, sus síntomas frecuentes son: sentimientos de culpa por no haberse cuidado, irritabilidad, preocupación excesiva por la enfermedad, insatisfacción con el entorno y disminución de la libido. Todo esto confirmado por Zarate (1999) quien estudio comparativamente un grupo de enfermos con tuberculosis pulmonar, encontrando



que existe una asociación significativa entre el abandono al tratamiento antituberculoso y niveles moderados a severos de sintomatología depresiva, constituyéndose este último como el factor más importante asociado al abandono del tratamiento antituberculoso.

Los resultados hasta aquí descritos permiten hacer el análisis de las hipótesis planteadas para la variable depresión investigada en los tres grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo. Así se observa que el puntaje promedio ( $\bar{X} = 16.49$ ) es obtenido por los enfermos TBP-FP nuevos en comparación al puntaje ( $\bar{X} = 20.31$ ) de los enfermos TBP-FP con recaída, al aplicarse el estadístico t el resultado es ( $t = -3.036$ ,  $P < 0.003$ ) lo que indica que las diferencias estadísticas son significativas, confirmándose la **Hipótesis 1**.

En el grupo de enfermos TBP-FP crónicos las medias para la variable depresión son ( $\bar{X} = 26.74$ ), comparada con ( $\bar{X} = 16.49$ ) de los enfermos TBP-FP nunca tratados, los resultados obtenidos en la t de student ( $t = -5.725$ ,  $P < 0.000$ ) indican diferencias estadísticamente significativas, con lo cual queda demostrada la **Hipótesis 2**.

La comparación de las medias en la variable depresión ( $\bar{X} = 20.31$ ) para los enfermos TBP-FP con recaída y ( $\bar{X} = 26.74$ ) en el caso de los enfermos TBP-FP crónicos, indica que existen diferencias estadísticamente significativas donde ( $t = -3.452$ ,  $p < 0.001$ ), entonces queda confirmada la **Hipótesis 3**. Lo que se corrobora en el estudio de Temoshok (1993) quien señala que las emociones y estados mentales, que se ven afectados por la aparición de síntomas físicos, influyen en el estado de la salud física. Si la persona se ve ante eventos que no puede afrontar como es el de percatarse del deterioro de la propia salud, habrá un efecto negativo sobre el equilibrio social, emocional y por lo tanto, sobre la salud física, Hewitt y Flett (1996) y Hays; et al. (1992).

Con relación a la variable **soporte social** los tres grupos de enfermos presentan en su mayoría el nivel bajo de soporte social. La distribución porcentual

para el nivel bajo es: en los enfermos TBP-FP nuevos del (52%), el (75%) en los enfermos TBP-FP con recaída y el (91%) en los enfermos TBP-FP crónicos. Lázarus (1996), Lázarus y Launier (1978) refieren que la evidencia para un soporte social como amortiguador contra los efectos del estrés, es encontrada cuando la medición del soporte social evalúa la percepción de recursos interpersonales que se dan en respuesta a las necesidades solicitadas y demandas ante eventos estresantes, cuando los recursos interpersonales fallan la persona es llevada a un estado psicológico negativo tal como la ansiedad y depresión.

Que los enfermos TBP-FP crónicos en un (91%) obtengan el nivel bajo de soporte social, nos revela que sus redes de soporte son pequeñas, obteniendo menos satisfacción a sus necesidades durante la enfermedad, tienen carencia de apoyo emocional, las personas no están disponibles, lo que conlleva a la presentación de niveles medios a severos de depresión.

En el estudio realizado entonces las variables **soporte social y depresión** tienen también como componente importante la forma de percibir y afrontar la enfermedad física; al considerarse que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa, crónica y autoinmune. Hecho que se fundamenta en Spitz et al. (1970) citado por Quimper (1983) al concluir que la depresión se desarrolla en respuesta a dolores crónicos, pérdida de funciones y del autoestima, dependencia y miedo a morir.

Que los tres grupos de enfermos TBP-FP presente bajos niveles de soporte social, se debería en buena cuenta a que el soporte social percibido es diferente al soporte social efectivo que ellos obtienen dentro de su red social. Hallándose dentro de esto un elemento poco estudiado como son las representaciones sociales que se tiene al estar enfermo con tuberculosis pulmonar y cómo el entorno social también estructura su propia representación de lo que es la enfermedad de la tuberculosis pulmonar.

Paéz, Ubillus y Paícheler (1994), conceptualizan las representaciones sociales como las actitudes interpersonales que están fuertemente condicionadas por estructuras de percepción. Son escenarios donde se ordena la percepción de los fenómenos de la realidad y la conducta correspondiente y éstos nos comprometen. También la comprensión personal de la salud estaría condicionada por las representaciones sociales.

El problema se hace más agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar por el estigma social que lleva y del que es plenamente consciente. De una u otra forma las representaciones sociales que hacen los familiares y amigos del enfermo con TBP son negativas, cargadas de censura provocando en la persona afectada respuestas emocionales como: la vergüenza, culpa, el retraimiento social, la percepción de no ser querido y aceptado; lo cual muchas veces lo lleva a estados de tristeza, soledad, desamparo, porque conoce bien que la comunidad lo señala, intentando excluirlo, considerándolos peligrosos y hasta ellos mismos tendrán que tomar precauciones para evitar contagiar a los miembros de su familia.

Según Vallenas, S. (2000) los sentimientos dominantes, correlato de la estigmatización entre los enfermos, así como entre sus familiares son la culpa y la vergüenza. Ésta aparece como una explicación tanto de la búsqueda tardía de atención, como del abandono al tratamiento antituberculoso.

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar el hecho. No queda duda que existe también de parte de la red social el pensamiento asociado entre la tuberculosis pulmonar y la falta de alimento, pobreza, alcohol y drogas.

Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte de la red social al enfermo con tuberculosis pulmonar.

Otra de las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar, es que el enfermo no debe interactuar socialmente y las personas que antes le proveían soporte muchas veces se apartan y se vuelven agentes estresores al desarrollar conductas discriminatorias hacia ellos. Es así, que el soporte social efectivo frecuentemente disminuye, o se pierde, se restringen las redes sociales, y por lo tanto, el soporte social percibido también se ve afectado, con lo que el efecto amortiguador sobre los estados depresivos y ansiosos del enfermo se empobrece notablemente.

Nelly, St. Lawrence, Hood y Brasfield (1989), realizaron intervenciones clínicas empleando grupos de soporte social y donde éstos llegaban a convertirse en grupos de soporte comunitario disponible, ayudando a los individuos a establecer o restablecer relaciones con amigos, familiares, teniendo como resultado el mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento y por lo tanto la disminución de sus niveles de depresión durante la enfermedad física.

La comparación de los niveles en la variable soporte social dentro de cada grupo de enfermos TBP-FP, según las medias observadas arrojaron: en el grupo de enfermos TBP-FP nunca tratados ( $\bar{X} = 152.69$ ), en comparación a los enfermos TBP-FP con recaída ( $\bar{X} = 121.95$ ) y los resultados obtenidos mediante la prueba t de student nos indican que existen diferencias estadísticamente significativas ( $t = 3.093$ ,  $p < 0.002$ ) en la evaluación de la percepción del soporte social de los enfermos TBP-FP nunca tratados y con recaída, con lo cual se confirma la **Hipótesis 4**. Al comparar las medias en los grupos de enfermos TBP-FP nunca tratados ( $\bar{X} = 152.69$ ) y en los enfermos TBP-FP crónicos ( $\bar{X} = 95.54$ ), la diferencia t obtenida corresponde a ( $t = 5.188$ ,  $p < 0.002$ ), estadísticamente significativa, demostrándose entonces la **Hipótesis 5**. Así mismo, en el grupo de enfermos TBP-FP con recaída la media es ( $\bar{X} = 121.95$ ) comparado con lo obtenido por los enfermos TBP-FP crónicos ( $\bar{X} = 95.54$ ) y al aplicar la t de student el resultado fue ( $t = 2.249$ ,  $p < 0.027$ ), existiendo entonces

diferencias estadísticamente significativas, con lo que se demuestra la **Hipótesis 6.**

Al haber empleado la Escala de Flaherty, Gaviria & Pathak se evaluó en la muestra la variable social mediante las cinco categorías del soporte social, lográndose describir la situación actual de los enfermos con TBP-FP según: el número de personas que lo apoyan, grupos sociales a los que pertenecen, disponibilidad de la red, apoyo práctico, reciprocidad, apoyo emocional y apoyo relacionado a un problema. Esto también permitió observar el otro lado de la realidad del enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo de nuestro medio en las zonas urbano marginales, llevando a reflexionar y fundamentar lo encontrado en función a las variables psicológicas y sociales que rodean a esta enfermedad social .

Si asumimos que las áreas del soporte social lo singularizan entonces podemos decir que en la muestra estudiada el área de **Apoyo práctico** alcanza los puntajes promedio más bajos comparados con las otras cuatro áreas. La mayoría de los autores definen el soporte social como aquellas transacciones interpersonales y constantes destinadas a satisfacer necesidades materiales y psicológicas. Dichas transacciones deben generar un sentimiento de bienestar en el sujeto involucradas en ellas. Kaplan (1974, 1976, 1979); Khan y Quinn (1977); Cobb (1976); Flaherty, Gaviria y Blair (1985). El apoyo práctico evaluó en los grupos de enfermos con TBP-FP el grado de interacción con la red, intimidad y confianza para solicitar ayuda en los momentos de necesidad.

Es así, que el enfermo con TBP-FP tiene un inadecuado manejo de sus relaciones interpersonales, sus habilidades de comunicación son deficientes, sumándose a esto su precaria situación económica, la falta de trabajo, el estigma social de la tuberculosis; lo que restringe a sus familiares en brindarle ayuda tangible (dinero, ropa, medicinas), diálogo frecuente, que ellos esperan recibir durante la enfermedad. Entonces el área del apoyo práctico se constituye en un

factor que predispone estados de insatisfacción, frustración, ansiedad y depresión, especialmente en el grupo de enfermos TBP-FP crónicos quienes tienen una media ( $\bar{X} = 14.8$ ) comparativamente el grupo de enfermos TBP-FP nunca tratados al obtener una ( $\bar{X} = 26.01$ ) no se ve tan afectado, lo cual se confirmó con el resultado de ( $t = 2.349, p < 0.021$ ). En el caso de los enfermos TBP-FP con recaída obtuvo una ( $\bar{X} = 19.95$ ) con diferencias estadísticamente significativas al grupo de enfermos TBP-FP nunca tratado donde ( $\bar{X} = 26.01$ ), y confirmado por el puntaje ( $t = 3.133, p < 0.002$ ). Todo esto revela que hay necesidades insatisfechas, pero que son calladas por los enfermos TBP-FP a diferencia de las otras cuatro áreas del soporte social que obtienen mejores puntajes promedio.

Percibir las necesidades de soporte social como insatisfechas predice niveles de depresión más altos. El enfermo con TBP-FP suele tener exigencias para con su red social a veces poco realistas, lo que le impide que se sienta satisfecho con el soporte que le brinda su familia o comunidad. Tal como lo afirma Vallenas, S. (2000) en su investigación las necesidades del enfermo con tuberculosis pulmonar en los aspectos materiales y psicosociales exceden los recursos propios y los de la familia inmediata, requiriéndose de una respuesta más amplia de la sociedad y de la comunidad.

También Vallenas S. (2000) refiere que la renuencia a buscar, continuar o culminar el tratamiento antituberculoso por los enfermos está asociada a la calidad de las redes sociales del que forman parte y a las alteraciones en su dinámica social: familiar, laboral, y educativa.

Los resultados de la presente investigación también se relacionan con el área del soporte social de **Apoyo a un Problema actual**, se identificó que los problemas más frecuentes del enfermo con TBP-FP son: haberse contagiado con tuberculosis, pérdida del trabajo, la falta de dinero y que sus familiares escasamente satisfacen sus necesidades.

Dentro de la muestra estudiada el (46%) de los enfermos con TBP-FP nuevos tienen una red social media, percibiendo que los familiares y otros grupos sociales le brindan apoyo práctico; comparado con el (59%) de enfermos TBP-FP con recaída que si reciben la ayuda pero de forma restringida. Lo cual se fundamenta con lo señalado por Raffo (1991) es a través del papel que cumplen los padres o familiares, en donde se desarrolla el concepto positivo y percepción de ayuda de los otros.

En la investigación se determinó que el (42%) del grupo de enfermos TBP-FP crónicos cuenta con una red social mínima, constituida por 2 personas o en muchos de los casos ya fue abandonado por sus familiares, inclusive el (86%) indicó no pertenecer a grupos sociales de su comunidad. Todo esto es validado también por los puntajes medios obtenidos en esta área ( $\bar{X} = 17.43$ ), en comparación a las medias de los enfermos TBP-FP con recaída ( $\bar{X} = 21.71$ ) y en los enfermos TBP-FP nuevos donde ( $\bar{X} = 26.53$ ). Se concluye entonces que los enfermos TBP-FP crónicos son los más apartado socialmente y estigmatizado; lo que favorece la intensificación de los síntomas depresivos. Stokes (1983) en Hobfoll (1986) refiere que al estudiar el tamaño de la red y la satisfacción con el soporte social proporcionado encontró que, las redes de tamaño mediano se relacionan con la satisfacción del soporte, mientras que las redes pequeñas y grandes están relacionadas con la insatisfacción.

Un concepto importante que se da dentro de las relaciones interpersonales es la **Reciprocidad**. Heller y Swindles (1983) consideran que las relaciones sociales son comprendidas como recíprocas. La oportunidad de ser recíproco contribuye a la autovaloración y a la unión con otros. Los enfermos con TBP-FP tienen limitaciones físicas y psicológicas para dar apoyo práctico o emocional a su red social debido a las características de la tuberculosis.

Es así que la observación de los datos estadísticos arrojaron medias diferentes en los tres grupos estudiados. El enfermo TBP-FP nuevo logra una ( $\bar{X} = 38.98$ ) por lo cual se siente capaz de dar, recibir, e incluso mucho de ellos continúan trabajando; a diferencia del grupo TBP-FP con recaída que obtienen una ( $\bar{X} = 29.56$ ) los que por haber vuelto a enfermar se ven limitados en conductas de reciprocidad hacia su red social. En el caso de los enfermos TBP-FP crónicos obtienen una ( $\bar{X} = 20.03$ ) es evidente la limitación física por los largos años con tuberculosis, ya no trabajan y están frecuentemente aislados dentro del hogar; entonces ellos experimentan sentimientos de inutilidad, desvalorización y se consideran excluidos de la red social. Esto también es sustentado por Vallenás, S. (2000) al referir que los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la tuberculosis son sumamente importantes. Inciden en el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones objetivas en su vida cotidiana y a las que se operan en la subjetividad de las personas, en el contexto de las relaciones que se construyen entre el individuo y el mundo. En ocasiones, el enfermo tiene que encarar la disyuntiva entre seguir el tratamiento o trabajar, con lo que se reduce su participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia, entre los más jóvenes la TBC trunca la formación profesional.

Sarason (1983) manifiesta que el término de soporte social se refiere a la existencia o disponibilidad de personas, con las cuales se puede contar o confiar que brindarán su ayuda en cualquier circunstancia de la vida. Estas personas hacen saber al individuo que se preocupan, sienten amor por él y lo valoran

La comparación de las medias para el área de **Disponibilidad** del soporte social arrojaron los resultados siguientes: una ( $\bar{X} = 46.14$ ) en los enfermos TBP-FP nuevos, los que tendrían la percepción positiva de que su red está dispuesta a ayudarlos en cualquier momento, siendo estimulados entonces para continuar un largo tratamiento antituberculoso y con la certeza de que se curaran. Existe diferencia con el enfermo TBP-FP con recaída ( $\bar{X} = 38.53$ ) se conoce que su red



es menor, los familiares ya no están muy dispuestos a la ayuda inmediata, pues de alguna forma culpan al enfermo de haber recaído con la tuberculosis, generando esto en muchos de ellos sentimientos de culpa, irritabilidad, baja autoestima. Los enfermos TBP-FP crónicos con una ( $\bar{X} = 31.43$ ) son también en esta área del soporte social los menos beneficiados, al contar con una red pequeña no son atendidos inmediatamente en situaciones de crisis, percibiendo entonces que no son valorados, ni queridos por sus familiares.

Podemos decir que el ser parte de una familia brinda la oportunidad de conocer como otros han solucionado su problema y aprender estas estrategias; es la oportunidad de relacionarse con otros, lo que ayuda a aprender que su situación no es tan terrible, ni catastrófica teniendo actitudes más positivas ante la vida y el tratamiento antituberculoso.

El Apoyo emocional es considerado por los investigadores como el área más representativa del soporte social, así tenemos que House (1981), Cutrona (1986) refieren que el soporte emocional o de estima, expresivo o cercano, provee al individuo de estima, afecto, seguridad, confianza y atención, este soporte mejora el nivel de estima del sujeto.

En los tres grupos de enfermos los datos estadísticos indican diferencias significativas en las medias obtenidas dentro del área del **Apoyo emocional**, así en el enfermo TBP-FP nuevo es ( $\bar{X} = 54.01$ ), efectivamente ellos reciben de parte de su red social compañía, afecto, es escuchado y estimulado para continuar con su tratamiento antituberculoso; con todo esto se siente querido, aceptado y valorado por su red. Esto mismo sucede con el enfermo TBP-FP con recaída ( $\bar{X} = 41.76$ ) pero en menor intensidad debido a que su red social ya no esta muy dispuesta a acompañarlo, disminuyendo las muestras de afecto y valoración hacia su persona. La ( $\bar{X} = 31.60$ ) corresponde a los enfermos TBP-FP crónicos quienes deficientemente reciben muestras de afecto de parte de la red social,

caracterizándose entonces por tener baja autoestima y cogniciones negativas a cerca de su persona entrando fácilmente a estados de depresión.

El estudio entonces confirmó lo que otras investigaciones encontraron que el área más importante del soporte social es el Apoyo emocional, en este caso los enfermos con TBP-FP también estadísticamente le dan gran valor comparado con las otras cuatro áreas (disponibilidad, reciprocidad, apoyo a un problema actual y apoyo práctico), las cuales podrían predecir una menor depresión si se les presta mayor atención durante la evaluación de los enfermos TBP-FP. Este hallazgo coincide con lo que Hays et al. (1992) plantea a cerca de las funciones de interacción íntima o emocional, informativa y apoyo práctico que están inversamente correlacionadas con la depresión.

La hipótesis formulada en dirección a la correlación negativa entre las variables depresión y soporte social arrojó estadísticamente (-0.365) describiéndose como media e inversa; entonces las variables si se correlacionan entre si, por lo que el impacto del soporte social en la muestra como amortiguador de la depresión es significativa, principalmente en el rol que desempeñan las áreas de reciprocidad, apoyo emocional, apoyo práctico, disponibilidad y apoyo relacionado a un problema actual. Con lo que se confirma la **Hipótesis 7**.

Las investigaciones afirman que una baja percepción de soporte social, está asociado a altos niveles de depresión. Así mismo, los que tiene una baja percepción de soporte social, se deprimen lo que a su vez genera que las personas de su entorno los rechacen pues induce a un ánimo negativo, lo que ocasiona un círculo vicioso donde la persona no puede ver satisfecha su necesidad de soporte social. Sarason, Sarason y Pierce (1990).

El análisis factorial realizado para la presente investigación determinó 5 factores para el Inventario de depresión de Beck, de los cuales el más significativo

estadísticamente es el factor 4 (Déficit en la interacción social) que presentó una correlación alta e inversa con las áreas de: reciprocidad (-0.47), apoyo emocional (= -0.46), apoyo práctico (- 0.45) y disponibilidad (-0.41) es decir el enfermo con TBP-FP reconoce que limitadamente es recíproco con su red social, recibe mínimo afecto y ayuda tangible, las personas no están muy disponibles a satisfacerlo en momentos de crisis. Todo esto lo lleva a presentar niveles moderados a severos de depresión como es el caso específico del (80%) de enfermos TBP-FP crónicos, constituyéndose esto en un indicador de riesgo ya que podría optar por abandonar o volverse irregular al tratamiento antituberculoso, convirtiéndose entonces en un multidrogorresistente.

Según las investigaciones, se ha podido concluir que el presentar un adecuado soporte social disminuye los efectos negativos producto de los estresores psicosociales, pues éste nos permite reducir el estado emocional negativo, obtener asistencia financiera, información, consejo, participación social y ayuda en los quehaceres diarios. Alvarado (1985). Entonces Sería importante que se trabaje más con la familia, que reciba el soporte informativo necesario, para que se convierta en una fuente útil de recursos para el enfermo con TBP-FP.

El factor 5 del IDB (Cogniciones negativa) tiene correlación media e inversa y con el soporte social en sus áreas: de disponibilidad (-0.28), apoyo práctico (-0.27), reciprocidad (-0.26) y apoyo emocional (-0.25). El enfermo TBP-FP al retraerse socialmente intensifica en la soledad sus cogniciones negativas mediante la autocrítica, constantes pensamientos de muerte, preocupación excesiva por la enfermedad, presentando insomnio y labilidad emocional. Es así como se intensifica los síntomas depresivos perdiendo entonces el adecuado manejo de sus habilidades sociales.

Es conveniente señalar que para aliviar la depresión hay que establecer nuevas redes de soporte social y una oportuna intervención psicológica, educando también a la familia del enfermo. Pues la persona enferma con tuberculosis

pulmonar debe adoptar nuevas conductas saludables, cambiar sus hábitos y estilos de vida, siendo conveniente que la familia conozca los nuevos hábitos a incorporar y aprender a ayudarlo psicológicamente, motivarlo en el proceso de adaptación para vivir bajo nuevos esquemas en el cuidado y protección de su estado físico, psicológico y social.

El factor 1 del IDB (Autoestima) obtiene una correlación media e inversa significativa con la variable soporte social en sus áreas: de apoyo práctico (-0.22), reciprocidad (-0.21). Entonces el enfermo con TBP-FP se siente fracasado y castigado, incapaz de tomar decisiones, culpable, con profunda tristeza e incapaz de disfrutar de los reforzadores externos, debido a que su red social no le brinda suficiente apoyo tangible en sus necesidades inmediatas, y al verse él mismo incapaz de tener conductas de reciprocidad.

Alvarado (1985) refiere que hay evidencia para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social favorece el pronóstico de mejoría del individuo. La falta de contacto y de apoyo social en los sujetos parece ser un factor con un papel directo en la facilitación de los síntomas; esto quiere decir que las situaciones inestables de bajo contacto social, la falta de una red de amigos y conocidos que ayuden moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y mentales.

Finalmente se considera necesario ampliar la investigación principalmente, con la población de enfermos con tuberculosis pulmonar nunca tratados y con recaída, pues la mayor parte de las investigaciones sobre el tema se realizan con muestras homogéneas y no heterogéneas, por lo que hemos podido observar los niveles depresivos y de soporte social no fueron iguales en los tres grupos estudiados, arrojando estadísticamente diferencias significativas y también cualitativamente en la descripción clínica.

## ***CAPÍTULO V***

### ***CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS***

#### ***1. CONCLUSIONES:***

A través del estudio realizado podemos concluir que:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión en los tres grupos de enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
2. Los enfermos TBP-FP crónicos en su mayoría presentan síntomas depresivos de moderado a severo, asociándose esto a los largos años con tuberculosis y el escaso soporte social.
3. En los enfermos TBP-FP nuevos y antes tratados los síntomas depresivos son leves a moderados, los que también se asocian a la enfermedad y el bajo soporte que le brinda la red social.
4. El soporte social en la mayoría de la muestra estudiada alcanza el nivel bajo.

5. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las 5 áreas del soporte social de cada grupo de enfermos TBP-FP, a pesar que la mayoría de la muestra obtiene niveles bajos.
6. La muestra percibe que tiene mayores redes de soporte social de los que efectivamente tiene. Así mismo, la necesidad de soporte es mayor que la satisfacción obtenida.
7. Los enfermos TBP-FP nuevos tienen redes sociales más amplias percibidas, pero no tan efectivas en el área de apoyo práctico. Esto mismo se presenta en menor intensidad en los enfermos TBP-FP antes tratado.
8. Los enfermos TBP-FP crónico cuentan con una red soportiva mínima, alguno de ellos ya fue abandonado por la familia, esto genera en ellos frustración, retracción social y depresión.
9. Las representaciones sociales que hace el enfermo TBP-FP de su enfermedad y los que hace la red social se constituyen en factores predisponentes para no brindar el soporte social efectivo; lo que lleva al enfermo a intensificar sus síntomas depresivos, tener baja autoestima y déficit en la interacción social.
10. Así mismo, se observa que existe una correlación significativa moderada alta e inversa entre la depresión y el soporte social. Debido a que las redes sociales no están cumpliendo con sus funciones soportivas en situaciones de crisis. Entonces se intensifican los síntomas depresivos en los enfermos con TBP-FP, especialmente en los crónicos.
11. El déficit en la interacción social que presenta la muestra se debe a que son conscientes de no poder ser recíprocos con la red social, a esto se suma el deficiente apoyo práctico que obtiene y la escasa disponibilidad que la familia tiene en situaciones de crisis. Ante esta realidad el enfermo TBP-FP se retrae socialmente, intensifica sus cogniciones negativas a cerca de su propia valoración, con un futuro catastrófico, intensificándose entonces los síntomas depresivos.
12. Los enfermos TBP-FP perciben que el área de apoyo emocional es la más importante del soporte social, con el cual podrían fortalecer su autoestima,

valoración y compromiso para entrar en un largo tratamiento antituberculoso, pero esto no se da efectivamente de parte de la red social.

13. Las redes de soporte social de los enfermos con TBP-FP son pequeñas, ya que durante la enfermedad sólo recurren a sus familiares cercanos, no considerando a otras organizaciones dentro de la comunidad (iglesia, comedores, clubes, establecimiento de salud, etc.) las cuales podrían brindarle algún tipo de soporte que la familia no puede satisfacer.

## **2. SUGERENCIAS**

1. Se considera importante que futuras investigaciones en Psicología Clínicas y de la salud referida a los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo se amplíen el estudio de las variables psicosociales, profundizando también en el tema de las representaciones sociales.

2. Prestar una mayor atención al enfermo con TBP-FP crónicos debido a que su perfil psicológico indica depresión moderada a severa y bajo soporte social.

3. Brindar una mayor actividad soportiva en las cinco áreas identificadas dentro del soporte social, con lo que se lograría ofrecer dentro de los servicios de salud una efectiva atención integral al enfermo con tuberculosis pulmonar.

4. Efectuar estudios con diseño de corte prospectivo en las poblaciones que tienen alto riesgo de volver a contraer la tuberculosis como los grupos con recaídas e irregulares al tratamiento, a fin de conocer a largo plazo como ha ido evolucionado su estado de salud física, psicológica y social.

5. Uno de los aspectos importantes a trabajar en futuras investigaciones sería el rol que desempeña la estigmatización en la formación de la cadena depresiva, constituyéndose esto en un predictor del probable abandono al tratamiento o previniendo la probable conversión del enfermo en un multidrogorresistente.

6. Urge la necesidad de organizar un adecuado soporte social específicamente dentro de las áreas de apoyo emocional y reciprocidad para los enfermos con

TBP-FP a fin de prevenir la intensificación de los síntomas depresivos y asegurar la finalización del tratamiento antituberculoso.

7. Se sugiere crear programas de intervención psicológicos para cada grupo de enfermos debido a que tienen perfiles diferentes, con lo que se lograría satisfacer las necesidades del paciente, así como realizar actividades de psicoeducación con la familia.

8. Los establecimientos de salud y las otras organizaciones de la comunidad deberían promover una mayor actividad soportiva (clubes, asociaciones, etc) a favor de los enfermos con TBP-FP con lo cual se ampliaría las redes sociales.

9. Es importante desarrollar un amplio programa de información y educación con la familia del enfermo TBP-FP, con el objetivo que ésta brinde un soporte social efectivo, especialmente en las áreas de apoyo emocional, disponibilidad y apoyo a un problema actual.

10. Se debe garantizar que todos los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis tengan atención en los Servicios de Psicología, oficializando esta actividad en el Manual de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la tuberculosis del Ministerio de Salud.

11. El personal de salud que trabaja en el Programa de Control de la tuberculosis debería ser capacitados en Orientación y consejería de los aspectos psicosociales, y asistir a talleres psicoeducativos para mejorar la relación con el enfermo.

12. Se sugiere que en futuras investigaciones se considere la variable accesibilidad al establecimiento de salud para la toma de la medicación, ya que podría ser un factor de riesgo para el abandono al tratamiento antituberculoso, en consideración a los escasos recursos de apoyo práctico y de disponibilidad de su red social.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Accinelli R, León Barúa (1981). *Tuberculosis pulmonar y Depresión diagnósticos* Revistas del MINSA.
- Acosta, Baella M. (1991); Tesis para optar la Licenciatura: *Estres, Afrontamiento y Soporte social en Pacientes Seropositivos al VIH*. Lima.Universidad Particular Ricardo Palma.
- Ait Khalled N.; Enarson, D. Y Billo, N *The Epidemiology of tuberculosis and the resistance to antitubercular agents*. Reviste Maladies Respiratoires (París) Dec. 1997; Suppl. 5: S8-18.
- Alvarado, F. (1992); Tesis para optar la Licenciatura: *Actitud del familiar responsable hacia el paciente con tratamiento antituberculoso ambulatorio- Hospital A. Loayza*. Lima.Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Alarcón, C. (1986). *Psicología, Pobreza y Subdesarrollo*. INIDE ; Lima-Perú
- Ascanoa Leandro, N. (1997). Tesis para optar la Licenciatura: *Soporte social y Calidad de vida en Pacientes sometidos a Hemodialisis*. Lima.U.P. Inca Garcilazo de la Vega.
- Alvarado, C. (1985). *Soporte Social: ¿Teoría o Práctica* . Cuaderno de Psicología N° 1-2.
- Alvarado, C. (1985). Trabajo de investigación para optar el grado de Psiquiatría *Función del Soporte Social en el Desorden de Adaptación*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Antoni, M.H., Bagett, L. Ironson, G., La Pierre, A., otros. (1991). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 906-915.
- Barrera, M, Jr. (1980), *A Method for the Assessment of social support*. Netwok in community survey research. 3(3). 8-13.

- Barrera, M, Jr. (1986), *Distinctions between social support concepts, measures and models*. American Journal of Community Psychology. 14(4), 413-445.
- Barrera, M, Jr. y Ancay, Sh. (1983). *The structure of social support. A Conceptual and Empirical Analysis*. American Journal of Community Psychology. 11, 133-143.
- Beck, A., Rush, A. John. (1990). *Tratamiento cognitivo de la Depresión*. España Ed. Desclee de Brouwersh.
- Blondet, A. (1974). Tesis para optar el grado de Bachiller: *Reacciones neuróticas observadas en tuberculosos crónicos hospitalizados*. Lima. UNMSM
- Calderón Narváez, G. (1990). *Depresión-causas manifestaciones y tratamiento*. México –Trillas, Cap. 7: 98-102.
- Cobb, S. (1976). *Social Support as Moderator of Life stress*. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.
- Catina, J., Turner, H., Choi, K., y Coates, T. (1992). *Manejo de ansiedad de muerte: Búsqueda de ayuda y Soporte social entre varones homosexuales con diversos diagnósticos de VIH*.
- Chavéz Ferrer, I. (1995). Tesis para optar la Licenciatura: *Soporte Social en Pacientes VIH + del Hospital 2 de Mayo*. Lima. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Connolly, M. y Nunn, P. (1996). *Women and TBC*. World Health Organization (Génova) Italia 1996; 499(2): 115-119.
- Ferrel Urquidi, M. (1993). *El control de la tuberculosis una prioridad en Bolivia*. Carta Médica Bolivia 1993; 7(1): 28 – 31.
- Figueroa Alvarado, M. (1990). Tesis para optar el grado de Bachiller: *Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes de los consultorios de Medicina*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

- Flaherty, Channon, Davis. (1991). *Psiquiatría, diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Médica Panamericana; (12): 32.
- García Cordova, A. (1995). Tesis para optar el grado de Licenciatura: *Autoestima y Soporte social en un grupo de Trabajadoras sexuales del Callao*. Lima. Universidad Particular Ricardo Palma.
- Garay Lezama, F. (1988). Tesis para optar el grado de Bachiller: *Situación cognoscitiva en relación a la tuberculosis pulmonar y su repercusión en el AA.HH. Ciudad de los constructores, San Juan de Lurigancho*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Giraldo V, Silvia. (1976). Tesis para optar el grado de Licenciatura: *Perfil de la Personalidad en pacientes Tuberculosos Hospitalizados*. Lima UNMSM.
- Gómez Salas, R. (1994). Tesis para optar el grado de Maestría: *La estructura en el cambio de la Psicoterapia, Locus de control, Soporte social y Programación Neurolingüística*. Lima. Universidad Particular Inca Gracilazo de la Vega.
- Gómez, R., Zanoló, B. (1993). *Confiabilidad y Baremación de la Escala de Soporte social de Flatherly, Gaviria y Pathak en estudiantes Universitarios de Lima*. Revista de Investigación Psicológica Año I, N° 2 Octubre, UPIGV.
- Gottlieb, B.H. (1983) En Barrera, M. Jr. (1986). *Distinction between social support concepts, Measures and models*. American Journal of community Psychology. 14(4). 413-415.
- Gozzano, Alquezar, J.; Matucci, A, (1989). *Ansiedad y depresión en pacientes tuberculosos hospitalizados*. Revista de neumología 1989; 15(1):11-14.
- Hays, R.B., Turner, H. y Coates, T.(1992). *Social Support*. Journal of cousulting and clinical Psychology. 3 (463-469).

- Heller, K.; y Swindle, R. (1983) *Social Network Perceiber social support and coping with estress*. En Fondecaro, M y Haller, K. (1993) *Social support factors and drinking among college estudents males*. Journal of youth and adolescence. Vol. 12. Num.4, pp. 285 – 299.
- Hewitt, P. Y Flett, G (1996) *Personality Traits and the copying Process*. New York. pp. (410 – 433).
- Iwashita Nishida, A. (1998). Tesis para optar el grado de Licenciatura: *Aproximaciones Psicosociales de la Enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en el Cono norte de Lima Metropolitana*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Jerí, R. (1992). *Depresión en la práctica médica general*. Lima. Revista Diagnóstico; 1 – 2 (29): 5 – 6.
- Jerí, R.; Terán, A.; Landeo, R. (1992). *Depresión y enfermedades somáticas*. Diagnóstico; 1 – 2 (29): 22-25.
- Kelly, J.,St. Lawrence.(1986) *The Behavioral Therapist*. 9(6), 121 – 125.
- Luban-Plozza y Poldinger, W. (1986). *El enfermo psicossomático y su médico práctico, certezas y experiencias*. Lima. Laboratorios ROCHE. 2da. Ed.
- Matos Figueroa, A (1985).Tesis para optar el grado de Bachiller: *Niveles de depresión en pacientes ambulatorios con tuberculosis pulmonar del Hospital Hipólito Unanue*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ministerio de Salud (1991).*Doctrinas, Normas y Procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú*. Lima-MINSA.
- Ministerio de Salud (1993).*Salud Pública*. Lima-MINSA. Revista especializada del sector salud.

- Ministerio de Salud (2000). *Tuberculosis en el Perú Informe Operacional- Consolidado al año 2000*. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis- Lima Perú.
- Ministerio de Salud (2000). *Resumen del control de la Tuberculosis en el Perú y sus logros en el período 1998-1999*. MINSA – Perú.
- Murzi, H. (1996). *Experiencias de la lucha anti-tuberculosa en el estado de Táchira-Venezuela*. Revista Médica- Caracas. Jul.-Set. 104(3):251-259.
- Novara, Sotillo, Warton. (1985). *Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la Depresión en Lima Metropolitana*. Lima. Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado-H. Noguchi.
- Newcomb, M. (1990). *Social Support, An International View* (pp. 26 – 60) Washington
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Programa Educativo de la WPA/PTD Sobre trastornos Depresivos*. Cap. 3,4 y 5.
- Nezá, Nezá y Perry. (1989). Citado en Sanz, J. y Vásquez (1995) *Trastornos de estado de ánimo: Teorías psicológicas*. Manual de Psicopatología.
- Paéz, D.; Ubillus, S. Y Paicheller, H. (1994). *Publicaciones SEISIDA*, vol.5, Num.1
- Quimper Herrera, M. (1988). Tesis para optar el grado de Maestría: *Tuberculosis en el Perú situación actual y Factores de riesgo*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rodriguez, Armando. *La Tuberculosis una enfermedad asociada a la pobreza*. Tribuna Médica, Agosto 1993; 88 (2): 86 – 90.
- Sánchez Pérez, H. y Halperin-Frich, D. *Obstacles to overcome in the control of pulmonary tuberculosis in the border of Chiapas –*

- México*. Journal sanitary (Barcelona) España Nov.-Dec. 1998: 11(6): 281-286.
- Sanz, J. y Vásquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo. Teorías psicológicas*. En Belloch, A; Sandi, Sandin, B.; Manual de Psicopatología: 342 – 376. Madrid, Mc Graw Hill.
  - Sarason, B; Sarason, I; Pierce, G. (1990). *Traditional View of social Support and Their impact on Assessment Social Support: And International view*. (pp. 9- 23).
  - Sarason, I.; H., Levine, H., Basaham, R y Sarason, B,R. (1983) *Journal of Personality and social Psychology*. 44(1), 127 –130.
  - Sarason, I.H., y Sarason, B. R. (1986) *Experimentally Provided social support*. Journal of Personality and social Psychology. 50(6), 122 – 125.
  - Tardy, Ch. (1985). *Social support Measurement*. American Journal of community Psychology. 13(2). 1877 – 202.
  - Temoshok, A. (1983) *Emotion, adaptation and discase: A Multidimensional Theory*. Teoretical and Research Foundations ,pp. 235-257. New york.
  - Thoits, P.A. (1986). *Social support as copying Assistance*. Journal of Consulting and clinical Psychology. 54, 416 – 423.
  - Valencia Torres, A. (1995). Tesis para optar el grado de Bachiller: *Valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Hospital regional Honorio Delgado-Arequipa*. Arequipa. Universidad de San Agustín.
  - Vallenás Béjar, S. (2000) *Vivir la Tuberculosis*. Lima. Proyecto Vigía. MINSA-USAID.
  - Wilkins, K. (1996). *Tuberculosis*. Journal Health Respiration (Otawa) Cánada. Summer 1996, 8(1): 33-39 (Eng) 355-41.

- Zarate Cáceres, H. (1999). Tesis para optar el grado de Bachiller: *Factores determinantes del Abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

# **ANEXOS**

**(Consultar en Formato Impreso)**