

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Una Institución Adventista

TESIS

Soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la Microred Chaclacayo,

Lima, 2015.

Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autores

Briggit Elisa Mamani Guzman

Bethzabe Mercedes Velásquez Corrales

Asesora

Nitzy Ramos Flores

Lima, 2016

Dedicatoria

A Orlando y Violeta, mis ejemplares padres quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo incondicional tanto económico, como moral, para así lograr mi meta; por su soporte en los momentos difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mi hermana Brenda que siempre estuvo a mi lado brindándome consejos para hacer de mí una mejor persona.

Briggit Mamani Guzmán

A Julio y Elena, mis amados padres quienes siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, comprensión y dándome consejos para ser de mí una gran persona y una futura enfermera.

A Daniel, Judith y Ruth, mis hermanos porque la distancia, no fue inconveniente para sentir su apoyo, cariño y ánimo que me han permitido seguir adelante para cumplir mis sueños.

Bethzabe Velásquez Corrales

Agradecimientos

Agradecemos a Dios quien nos guio y dio la fortaleza para seguir adelante y permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas.

A la Mg. Nitzzy Ramos Flores, nuestra asesora, por su apoyo constante y enseñanzas en el desarrollo de este trabajo.

A la Mg. Janett Chávez Sosa, docente del Programa de capacitación de tesis, por su asesoría permanente para culminar satisfactoriamente el trabajo de investigación.

A la microred de Chaclacayo por la confianza y facilidad otorgada para la ejecución del proyecto.

Al personal de enfermería por su disposición y tiempo empleado, y a los pacientes del programa de control de tuberculosis por su espíritu colaborador y permitirnos conocer una parte de su vida.

Resumen

Objetivo: Identificar la relación entre el soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la Microred de Chaclacayo, Lima - 2015. **Metodología:** Estudio no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra fue no probabilística y estuvo conformado por 58 pacientes pertenecientes a la Estrategia Sanitaria de Salud de control y prevención de la tuberculosis. Para el estudio se utilizó el cuestionario de MOSS de apoyo social y de tendencia suicida de Poldinger. **Resultados:** No existe relación entre el soporte social y el riesgo suicida, así mismo al relacionar las dimensiones del soporte social con riesgo suicida no se halló relación. Sin embargo, se encontró relación entre el número de familiares y el soporte social con un p valor de 0,002. El 58% de los pacientes presentaron escaso soporte social, el 41% alta probabilidad de riesgo suicida y el 39,7 % riesgo de suicidio. **Conclusión:** No existe relación entre ambas variables.

Palabras claves: soporte social, riesgo suicida, tuberculosis, apoyo emocional

Abstract

Social support and suicide risk in patients with tuberculosis of the Microgrid in Chaclacayo, Lima, 2015.

Objective: Identify the relationship between social support and suicide risk in patients with Tuberculosis of the Microred in Chaclacayo, Lima - 2015. **Methodology:** Non experimental study, correlational cross-section. The sample was non probabilistic and was composed of 58 patients belonging to Sanitary Strategy of Health control and tuberculosis prevention. The MOSS social support and suicidal tendency questionnaire by Poldinger was used for the study. **Results:** There is no relationship between social support and suicide risk, also to relate the dimensions of social support with suicidal risk no relationship was found. However we found relationship between number of family and social support with a value of 0.002. 58% of the patients presented insufficient social support, 41% high probability of suicide risk and 39.7% risk of suicide. **Conclusion:** There is no relationship between both variables.

Key words: social support, suicidal risk, tuberculosis, emotional support

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Introducción	xi
Capítulo I	1
El Problema.....	1
1. Planteamiento del Problema.....	1
2. Formulación del Problema	8
3. Justificación.....	9
4. Objetivos de la Investigación.....	10
4.1.Objetivo General.....	10
4.2.Objetivos Específicos.....	11
Capítulo II.....	12
Marco Teórico.....	12
1. Marco Bíblico Filosófico	12
2. Antecedentes de la Investigación	14
3. Marco Teórico.....	21
3.1.Soporte Social	21
3.1.1. Definición.	21
3.1.2. Funciones del Soporte Social.	23
3.1.3.Redes de Soporte Social.	24
3.1.4. Tipos de Soporte Social.....	27
3.1.5. Dimensiones que caracterizan el soporte social.	28
3.1.6. Importancia del soporte social.....	30
3.1.7. Consecuencias de un soporte social deficiente.....	30
3.1.8. Función del profesional de enfermería en relación al soporte social.	32

3.2.Riesgo Suicida	33
3.2.1. Definición.....	33
3.2.2. Perfil del paciente con conductas suicidas.....	34
3.2.3. Clasificación.....	35
3.2.4. Fases del riesgo suicida.....	36
3.2.5. Factores del riesgo suicida.....	37
3.2.6. Factores protectores.....	39
3.2.7. Función del profesional de enfermería en el riesgo suicida.....	40
3.3.La Tuberculosis.....	42
3.4.Modelo teórico.....	44
4. Definición de términos.....	48
4.1.Paciente con tuberculosis Pulmonar.....	48
4.2.Riesgo suicida.....	48
4.3.Soporte social.....	48
5. Hipótesis de la investigación.....	49
5.1.Hipótesis general.....	49
5.2.Hipótesis específica.....	49
Capítulo III.....	51
Materiales y métodos.....	51
1. Diseño y tipo de la Investigación.....	51
2. Variable de la Investigación.....	52
2.1.Variable independiente – Soporte social.....	52
2.2.Variable dependiente – Riesgo suicida.....	52
3. Operacionalización de las variables.....	53
4. Delimitación Geográfica y Temporal.....	56
4.1.Población.....	57
4.2.Muestra.....	58
4.2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	59
5. Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	61
5.1.Cuestionario de MOSS de Apoyo Social.....	61
5.2.Cuestionario de tendencia suicida de Pöldinger.....	62

6. Proceso de recolección de datos.....	63
7. Proceso y Análisis de Datos.....	64
8. Consideraciones éticas.....	64
Capítulo IV.....	66
Resultados y Discusiones.....	66
1. Resultados.....	66
2. Discusión.....	81
Capítulo V.....	92
Conclusiones y recomendaciones.....	92
1. Conclusiones.....	92
2. Recomendaciones.....	94
Referencias Bibliográficas.....	96
Apéndices.....	105
Apéndice 1. Instrumentos de recolección de datos:.....	106
Apéndice 2. Consentimiento informado.....	110
Apéndice 3. Carta de autorización del área de estudio.....	111
Apéndice 4. Datos de la prueba de confiabilidad.....	112
Apéndice 5. Resultados descriptivos.....	113

Índice de tabla

Tabla 1 Distribución de población.....	57
Tabla 2 Distribución de la muestra.....	58
Tabla 3 Características sociodemográficas de la población en estudio	60
Tabla 4 Soporte social y riesgo suicida en pacientes con Tuberculosis de la microred de Chaclacayo, Lima - 2016.....	66
Tabla 5 Relación entre el soporte social y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo, Lima - 2015.....	67
Tabla 6 Soporte Social de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	67
Tabla 7 Riesgo Suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	68
Tabla 8 Soporte social en la dimensión “apoyo emocional” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	69
Tabla 9 Relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	70
Tabla 10 Soporte social en la dimensión “afecto-cariño” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	71
Tabla 11 Relación entre la dimensión “afecto-cariño” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.....	72
Tabla 12 Soporte social en la dimensión “instrumental” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	73
Tabla 13 Relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.	74
Tabla 14 Relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	75
Tabla 15 Relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	76

Tabla 16 Número de familiares y soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	77
Tabla 17 Relación entre el número de familiares y el soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	78
Tabla 18 Número de familiares y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	79
Tabla 19 Relación entre el número de familiares y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.....	80
Tabla 20 Análisis de fiabilidad del instrumento “soporte social de MOSS”	112
Tabla 21 Análisis confiabilidad del instrumento Riesgo suicida de Poldinger	112
Tabla 22 Prueba de normalidad para las variables soporte social y riesgo suicida	113
Tabla 23 Prueba de normalidad de las dimensiones de soporte social	113
Tabla 24 Ítems de la dimensión soporte emocional.....	114
Tabla 25 Ítems de la dimensión afecto- cariño	115
Tabla 26 Ítems de la dimensión interacción social positiva.....	116
Tabla 27 Ítems de la dimensión instrumental	117
Tabla 28 Ítems de la variable riesgo suicida.....	118

Introducción

La tuberculosis plantea serios problemas de salud pública, según datos emitidos por la OMS, reporta que en el mundo cada año hay 8.8 millones de nuevos casos de tuberculosis, de los cuales existe un estimado de 1.9 millones de muertes, y de ellos el 95%, se encuentra ubicado en los grupos vulnerables de los países más pobres y más poblados y el 70% de los casos están en la edad productiva, del grupo poblacional de 15 a 19 años (Minsa, 2006).

La respuesta terapéutica a la TBC impone una carga pesada para quien la sufre. Ésta se origina en lo prolongado y repetitivo de un tratamiento muy cargado de medicamentos y cuya administración exige la asistencia diaria o frecuente. Por ello, el profesional de salud debe saber qué significa la enfermedad para la persona, cuáles son las reacciones, dificultades, sentimientos y necesidades que la enfermedad genera, qué se espera de ellos y cómo deben responder para poder establecer una verdadera relación terapéutica (Cruz, 2010).

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 curará 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 aumenta y existe la tendencia a ser irregular o abandonar el tratamiento, o en el peor de los casos, se convierte en un multidrogo resistente con lo que afecta su vida y la de su red social (Sweetland & Acha ,2004).

Según el Programa de Salud Mental dirigido por el Ministerio de Salud (MINSA), la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos, siendo la depresión uno de las más frecuentes, por ser una enfermedad crónica de larga duración, así como la desinformación de la misma, lo que va a generar que la persona desarrolle depresión, presente sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento, entre otros (Riquero, 2012).

Fernández (2013), menciona que las personas que sufren exclusión social y situación de inferioridad presentan consecuencias psicológicas como baja autoestima, depresión, aislamiento y desesperanza, conllevando a un riesgo de conducta suicida.

El estudio titulado “Soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, 2015” permite comprender la tuberculosis desde un aspecto humano identificando el nivel de soporte social que perciben los pacientes por parte de sus redes de apoyo; de igual manera analiza el riesgo que padecen los pacientes con esta enfermedad al suicidio.

Se considera que el trabajo contribuirá al desarrollo del conocimiento científico en la disciplina de enfermería, tratando de visibilizar, reconocer y valorar el cuidado que se realiza diariamente en los servicios de PCT en los diferentes centros de salud.

Para ello se estructuró el informe en diferentes capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y objetivos. Capítulo II: Marco bíblico filosófico, antecedentes, marco teórico, definición de términos, hipótesis. Capítulo III: Diseño metodológico, variable de la investigación, operacionalización de las variables, delimitación geográfica, técnicas e instrumentos de recolección de datos, proceso y análisis de recolección de datos y consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados, discusión. Capítulo V: Conclusiones, recomendaciones. Referencias bibliográficas y apéndices.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del Problema

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa, transmisible, curable, usualmente crónica, de presentación clínica variable, producida por microbacterias del complejo *M.Tuberculosis* y con amplia distribución mundial. Puede comprometer prácticamente todo los órganos, pero los pulmones son, por lejos, los más comúnmente afectados (Torres & Varón, 2010).

A nivel mundial la TBC es considerada como uno de los problemas de salud pública más serios, de incidencia creciente y representa la segunda causa de mortalidad después del SIDA, causada por un agente infeccioso (La & Para, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006, reporta que en el mundo cada año hay 8.8 millones de nuevos casos de tuberculosis de los cuales existe un estimado de 1.9 millones de muertes y de ellos el 95% se encuentran ubicados en los grupos vulnerables de los países más pobres y más poblados y el 70% de los casos está en la edad productiva, en el grupo poblacional de 15 a 19 años. Se calcula que en el 2013, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, y esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años (Carransa, 2010).

Asimismo en el año 2013, cerca de 9 millones de personas se contagiaron de TBC y más de la mitad (56%) pertenecía a las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y una cuarta parte a la de África, que también fue la que presentó mayores tasas de incidencia y mortalidad en relación con el tamaño de la población. Solo India y China representaron el 24% y el 11% de los casos, respectivamente (La y Para, 2013). En España, en el año 2014, se notificaron 5.018 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 10,80 casos por 100.000 habitantes (Rodríguez et al. 2014).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2015, dio a conocer que en la región de las américas, unas 285.200 personas enfermaron de tuberculosis y 17 mil murieron por su causa. De igual manera, 6.900 personas enfermaron con tuberculosis multirresistente en el año 2013. Asimismo, los países notificaron 220.500 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales los países con mayor cantidad de casos en el 2013 de la región de las américas fueron: Brasil (33%), Perú (13%), México (8,8%) y Haití (7,4%) (Bott, 2014).

Por otro lado, Bolivia es el segundo país en América Latina, después de Haití, en sufrir mayor cantidad de casos, según las estadísticas internacionales. El director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz informó que en Bolivia existen 5.600 casos confirmados de Tuberculosis, de los cuales 2.300 están en el departamento de Santa Cruz. De igual manera informó que mueren alrededor de 60 personas al año por esta enfermedad (El deber Bolivia, 2015).

El Perú no escapa de esta realidad, y de acuerdo al informe establecido por el Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible. 1,260 casos de TBC multidrogo resistente (MDR) y apenas 66 casos de TB extremadamente drogo resistente (XDR). Las regiones con más incidencia del mal fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto y Lima (Perú 21, 2014).

En 1972, se inició en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT), como programa piloto. Posteriormente se fue extendiendo a los establecimientos de salud de su área de influencia y hoy está funcionando óptimamente en todo el Perú (Quintero, 2013).

En la actualidad, el Perú cuenta con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN-PCT, que es el órgano técnico normativo dependiente de la dirección general de salud de las personas, responsable de establecer las doctrinas, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Sin embargo a pesar de existir planes operativos y estrategias sanitarias 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, como es la falta de diagnóstico y atención oportuna del estado psicológico y el desconocimiento de 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 (Torres, 2002).

En el año 1974, el Ministro de Salud de Canadá planteó que la salud estaba condicionada por cuatro factores: los estilos de vida, el medio ambiente, los aspectos biológicos y los servicios de salud; pero que no tenían la misma prioridad política o presupuestal que se le daba al último de los mencionados. En el mismo sentido Fuentes (2009) planteó que: “La salud se gana o se pierde, ahí donde el hombre nace, crece, trabaja, se recrea y también ama” (p.2), es decir la salud está condicionada por un conjunto de determinantes sociales de acuerdo al medio donde vive. De allí la denominación de determinantes sociales de la salud (DSS) (Fuentes, 2009).

Para el caso de la TB, los DSS influirían tanto en la posibilidad de exponerse al contagio, como en el desarrollo final de la enfermedad puesto que una persona infectada no siempre enferma, sino más bien un conjunto de condiciones biológicas, sociales y ambientales, son las que determinan las probabilidades de su evolución hacia un estado patológico. En adición, en países donde además de la pobreza y la inequidad; la estigmatización, exclusión y discriminación son males sociales, la situación se agudiza y vuelve a los pobres más vulnerables. En nuestro país, entre los DSS se pueden citar a la pobreza e inequidad, nutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación,

servicios de salud y seguridad social. Asimismo menciona que las personas afectadas por TB reciben dentro de sus familias y comunidades, tratos duales, por un lado comprensión y soporte y, por otro, manifestaciones de discriminación, como la exclusión de las reuniones familiares y sociales a los que se ven sometidas (Fuentes, 2009).

Nunes, Rigotto, Cardoso, y Rueda (2012), mencionan que el soporte social puede ser definido como la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio.

En el año 2009, se desarrolló un estudio cualitativo en Brasil acerca de la percepción que tienen los trabajadores de salud y familia del paciente con tuberculosis. En el cual se obtuvo como resultados percepciones cargadas de prejuicio con relación a la enfermedad y sus portadores, lo que afecta la detección precoz de la enfermedad. De igual manera Torres (2002) realizó un trabajo de investigación sobre enfermos con tuberculosis pulmonar los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social en el cual se identificó que el 91.4% de los enfermos con TBC pulmonar (crónico) presentaron un bajo nivel de soporte social; sus redes sociales son pequeñas y tal como lo indican los datos demográficos estos enfermos en un 86% cuentan con dos miembros de su familia (madre y/o hermanos), no participan en grupos de su comunidad, la familia ha dejado de brindarle apoyo práctico, no está disponible y es deficiente el apoyo emocional, encontrándose alguno de ellos en situación de abandono familiar y social.

Por otro lado, la tuberculosis es considerada también una enfermedad social que causa gran sufrimiento, constituye una entidad médica y social que implica profundas experiencias emocionales, personales y familiares, que van desde el aislamiento hasta la estigmatización y devasta las conexiones interpersonales, tanto físicas como emocionales, por lo que implica algo más que medicamentos. Tanto el soporte social percibido como el recibido pueden tener un efecto amortiguador en el bienestar físico y emocional. Cabe mencionar que la población de pacientes con TBC, en su mayoría, se encuentra en una etapa vulnerable debido a diversos cambios en su estilo de vida; además de las circunstancias personales, familiares y socioeconómicas que cada uno posee. Ello implica el enfrentamiento a nuevas situaciones, como la discriminación, que puede convertirlo en un ser desacreditado socialmente, aislado en lo afectivo y con ese estigma de rechazo que le puede ocasionar problemas emocionales como ansiedad, agresividad, sentimientos de culpa, baja autoestima y/o depresión. Estos sentimientos pueden llevar al paciente a que pierda el sentido de su vida (Castellano & Soza, 2014).

Asimismo, en algunos casos se recomienda que el paciente tenga el menor contacto posible con la sociedad, ya que en los primeros meses existe mayor riesgo de contagio, conllevando así al aislamiento del paciente, lo que puede provocar bajos estados de ánimo y depresión (Paz, 2012).

Según el Programa de Salud Mental dirigido por el Ministerio de Salud (MINSA) la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos, siendo la depresión una de las más frecuentes, por ser una enfermedad crónica de larga duración, así como la desinformación de la misma, lo que va a generar que la persona desarrolle una depresión, presentando sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento, entre otros (Riquero, 2012).

El 14 de abril del 2015, en el distrito de Marcapata, provincia cusqueña de Quispicanchi, un paciente con cuadro severo de tuberculosis se suicidó con el cordón de la persiana a un lado de la ventana de la habitación del pabellón de medicina del Hospital Regional del Cusco. La información fue confirmada por el director del nosocomio, quien señaló que el joven estaba deprimido porque hace dos semanas sus familiares no lo visitaban (La República, 2015).

De la misma manera, Castellano y Soza (2014) realizaron un trabajo de investigación en Chiclayo sobre ideación suicida entre pacientes con VIH y paciente con TBC en los cuales los resultados evidenciaron que un 15% de pacientes con TBC, reflejaron que ya no tienen expectativas de futuro y que preferirían abandonar todo y morir. Así también el 73% de pacientes con TBC presentaron un nivel medio de ideación suicida. Esto implica que en más de una ocasión planificó un intento de suicidio.

Teniendo en cuenta que el soporte social es importante en situaciones de pérdida o enfermedad y que la tuberculosis es considerada una enfermedad social que causa gran sufrimiento en diversos estatus sociales, nos encontramos con la siguiente realidad.

En Lima Metropolitana, en el distrito del Agustino, se encuentra ubicado el Cerro San Cosme, conocido como “El Cerro que Tose”. Este es un espacio geográfico que concentra todos los determinantes sociales para que se produzca una tasa de incidencia de 1028 casos nuevos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes por año, siendo esta de lejos la incidencia más alta en todo el Nuevo Mundo. La propuesta nacional para el control de la TBC basada en la estrategia DOTS, impulsada por el MINSA desde 1991, no ha sido suficiente para erradicar el problema. Asimismo le siguen en la estadística Santa Anita, Ate Vitarte y el Rímac (Perú 21, 2010).

Además de los distritos mencionados, existen otros aledaños que presentan múltiples casos de tuberculosis, como el distrito de Chaclacayo, que en el área de salud es representado por la microred de Chaclacayo. Este se encuentra conformado por diez establecimientos de salud, los cuales cuentan con 62 pacientes infectados de tuberculosis.

Durante los 5 años de estudio, se realizaron practicas comunitarias en diferentes establecimientos de salud de la microred de Chaclacayo, teniendo la oportunidad de entablar conversación con los pacientes del área de TBC los cuales manifestaron sentirse solos, aislados de sus familiares y amistades, además de sentirse incapaces de realizar sus actividades diarias y el poco deseo de vivir debido al rechazo que percibían.

Dada dicha situación y habiendo notado que existen estudios con un enfoque más médico centrado en el tratamiento de la enfermedad, se decidió realizar la siguiente investigación.

2. Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre el soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo Lima, 2015-2016?

3. Justificación

Aporte Teórico

El trabajo de investigación contribuirá al conocimiento científico por la información actualizada y especializada de las variables de estudio, llegando a ser una fuente de referencia confiable y veraz para futuras investigaciones. De igual manera pretende ampliar los conocimientos del personal de enfermería en relación a la tuberculosis desde un aspecto psicosocial dando mayor énfasis al desempeño del personal de enfermería en el cuidado del paciente, dirigiéndolo no solo a actividades rutinarias, procedimentales y técnicas, sino a la provisión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico y espiritual, buscando crear estrategias que harían posible fortalecer los lazos familiares, la comunicación entre sus miembros y entre los que brindan apoyo. Por otro lado pretende reforzar y ampliar la visión a los alumnos de enfermería en la importancia de las visitas domiciliarias.

Aporte Metodológico

Los instrumentos utilizados quedarán de aporte a los centros de salud y al profesional de enfermería que desee seguir investigando sobre este tema. De la misma manera los resultados obtenidos servirán de base estadística a la microred de Chaclacayo para conocer la situación psicosocial de los pacientes con tuberculosis. Asimismo permitirá la elaboración e implementación de estrategias que permitan al paciente afrontar su enfermedad de manera eficaz

Aporte social

El trabajo de investigación permitirá que las autoridades de la microred de Chaclacayo tomen medidas para la implementación de un programa comunitario que informe adecuadamente a la población sobre la tuberculosis y la importancia de la inclusión en la sociedad de dichos pacientes. Por otro lado fomentará en la familia la participación activa durante el tratamiento del paciente.

Aporte práctico

Fomentar en el profesional de enfermería el trabajo extramural a partir de las visitas domiciliarias, seguimiento continuo de los pacientes y talleres educativos que refuercen la promoción y prevención de la enfermedad.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el soporte social y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de soporte social de los pacientes con tuberculosis de la Microred Chaclacayo.
- Determinar el riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre la dimensión “afecto-cariño” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre el número de familiares y el soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.
- Determinar la relación entre el número de familiares y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco Bíblico Filosófico

Desde tiempos remotos las enfermedades infecto-contagiosas acompañan al hombre. En la Biblia encontramos que la tuberculosis al igual que la lepra ya existía en el pueblo de Israel. En Deuteronomio 28:22, encontramos que Moisés decía al pueblo: “Yavé te herirá de tuberculosis, de fiebre, de inflamación...”. Antiguamente adquirir cualquiera de estas enfermedades era considerado por los israelitas como castigo por la desobediencia a los mandatos de Dios.

Esta situación conllevó a que las personas afectadas por enfermedades contagiosas sean apartadas del campamento como medida de prevención para el pueblo. En Números 5:2-3 indica: “Manda a los hijos de Israel que echen del campamento a todo leproso..., para que no contaminen el campamento...” en aquellos tiempos era comprensible esta alternativa de

cuidado de contagio, puesto que estaban en el desierto y las condiciones eran limitadas para el cuidado. Esta alternativa traía como consecuencia la espera mortal del enfermo. En relación a esto, White (1997) en su libro *El deseado de todas las gentes*, menciona:

Como si estuviese ya muerto, era despedido de las habitaciones de los hombres. Cualquier cosa que tocara quedaba inmunda y su aliento contaminaba el aire. El sospechoso de tener la enfermedad debía presentarse a los sacerdotes, quienes habían de examinarle y decidir su caso. Si le declaraban leproso, era aislado de su familia, separado de la congregación de Israel, y condenado a asociarse únicamente con aquellos que tenían una aflicción similar. La ley era inflexible en sus requerimientos. Ni aun los reyes y gobernantes estaban exentos. Un monarca atacado por esa terrible enfermedad debía entregar el cetro y huir de la sociedad (p. 227).

En este contexto, las personas infectadas por enfermedades contagiosas tenían no solo que sufrir el malestar físico, sino también lidiar con la discriminación, aislamiento, soledad y estigma de parte de la sociedad, vulnerando así sus derechos fundamentales como persona, donde en muchos casos corren el riesgo de suicidarse como resultado de la soledad.

En la actualidad se observa cómo las personas infectadas por tuberculosis siguen siendo discriminadas por la sociedad y su familia; muchas veces esta situación conlleva a que pierdan todo interés por continuar viviendo: es allí donde empieza el gran trabajo del ministerio personal como enfermeras cristianas. El querer ayudar a recuperar su salud, el aprecio y amor hacia la vida, como también darles a conocer las enseñanzas que Jesús, y así se reintegre a la sociedad y familia, recibiendo la aceptación y apoyo de ellos. Elena G. de White (1979) en su libro menciona que la simpatía y el tacto serán muchas veces de mayor beneficio para el enfermo que el tratamiento más hábil administrado con frialdad e indiferencia.

La conducta cristiana debe ser un reflejo del amor de Dios hacia el prójimo, uno de los principios cristianos que fundamenta el trabajo de enfermería se encuentra en Mateo 25, donde señala que todo lo que hagamos por nuestro prójimo lo hacemos por amor a Dios; por lo tanto, si tratamos a las personas con desprecio estamos lastimando a una persona creada a la imagen de Dios.

2. Antecedentes de la Investigación

Guel, García, Herrera, y Sanchez (2012), realizaron un trabajo de investigación que tuvo como objetivo identificar la percepción del estigma social, en pacientes zacatecanos afectados por tuberculosis, que acuden a recibir tratamiento en la Jurisdicción 1 Zacatecas-México. Fue un estudio cualitativo descriptivo y exploratorio en una muestra de diez pacientes y se realizó mediante una entrevista semiestructurada. Los resultados fueron: en el área de percepción del estigma social, ocho de ellos refieren haber recibido poca o ninguna visita, respondiendo: «No, amigos cuáles...esos se acabaron con esta maldita enfermedad». Otros refirieron que perder los amigos y la falta de acercamiento de las redes familiares es la principal dificultad para afrontar la enfermedad, el sentirse odiados, “apestados”, o literalmente solos. Las conclusiones fueron: Es necesario mejorar los procesos de sensibilización del personal de salud, en especial en el área de problemas infectocontagiosos, pues su atención debe centrarse en la persona y no en la enfermedad como tal, lo cual permitirá modificar con efectividad los conceptos negativos que existen hacia los portadores de ella.

Orcasita, Uribe, Castellanos y Rodríguez (2012), realizaron un trabajo de investigación titulado “Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali, Colombia”. Tuvo por objetivo relacionar el apoyo social con las conductas de riesgo al VIH/SIDA en dos grupos de adolescentes. Fue una investigación de carácter no experimental de tipo descriptivo; se usó el cuestionario de MOS de apoyo social y el APGAR II. La muestra estuvo conformada por 20 adolescentes. Según los resultados obtenidos se observa que existe un nivel de apoyo social en el grupo de adolescentes no diagnosticados en un 31%, mientras que en el grupo de adolescentes diagnosticados existe un 26,3%; por otro lado, el 40 % de adolescentes diagnosticados solo cuentan con el apoyo de la madre. Como conclusión, se resalta la importancia de que en los programas de intervención se incluya la variable apoyo social como factor de protección para las conductas de riesgo que se pueden presentar durante la adolescencia.

Reis, Vanderley y Benedita (2011), realizaron un trabajo de investigación titulado “Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida – Brasil”. Los objetivos del trabajo fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión en individuos con HIV/Sida y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género. Se trata de un estudio de corte transversal realizado en 228 personas viviendo con HIV/Sida. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y VIH/SIDA Targeted Quality of Life (HATQoL). Los resultados mostraron que el 27,6% de individuos presentaban síntomas de depresión; siendo 5,7% con síntomas leves, 12,7% moderados y 9,2% graves. En conclusión, con respecto a la variable depresión se encontró que el apoyo social de las mujeres de la muestra fue

sobresaliente, considerándose un factor de protección. Las relaciones específicas de apoyo por parte de la familia a mujeres VIH positivas, influye directamente y predice los síntomas depresivos; además las interacciones sociales que involucra el apoyo a las mujeres con VIH/Sida están altamente relacionadas con los bajos niveles de depresión experimentados por estas mujeres.

Gatti, Díaz, Mulugueta y Simi (2011), realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y establecer la prevalencia de ideación suicida en los pacientes con VIH-SIDA, del Hospital Adventista del Séptimo Día de Kanye, Botswana, África. Fue un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo. Se seleccionaron a 200 pacientes con VIH-SIDA; el cuestionario utilizado fue el Inventario de Beck. Los resultados fueron: el 79,5% de pacientes con HIV/SIDA tenían depresión y el 38,5% de los individuos tenían ideas suicidas. Se llegó a la conclusión que sí existe una alta prevalencia de depresión e ideas suicidas entre pacientes con HIV-SIDA.

Adina et al. (2011), realizaron un trabajo de investigación que tiene como objetivo evaluar la incidencia del síndrome depresivo y ansiedad en pacientes con tuberculosis hospitalizados en la Clínica León Daniello del servicio de Neumología – Rumania. Es un estudio correlacional, y emplearon los cuestionarios de Depresión de Beck y el Inventario - BDI , STAI Estado Rasgo de Ansiedad, siendo la muestra de 60 pacientes. Los resultados arrojaron que el 78% presentó depresión y el 68% presentó ansiedad. En conclusión, la depresión y la ansiedad son muy altas en pacientes con tuberculosis; se necesita desarrollar estrategias para mejorar la calidad del pronóstico de vida de los pacientes con esta enfermedad crónica.

Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez (2008), realizaron un trabajo de investigación en Colombia titulado “Factores asociados al intento Suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria”. Tuvo por objetivo caracterizar pacientes con intento suicida atendidos en Psiquiatría en la Unidad Primaria de Atención (UPA) “La Estrella”, y determinar la persistencia de ideación suicida y sus factores. La metodología que utilizaron fue buscar a pacientes que habían intentado suicidarse anteriormente. Participaron 77 pacientes de la UPA durante 13 meses. Los resultados más significativos que tuvieron los pacientes para un intento suicida fueron que el 35,3 % tuvieron disfunción familiar y de pareja (falta de apoyo), el 2,6 % por estar enfermos y el 78,5 % por depresión. En conclusión, la no resolución de conflictos y la disfunción familiar, predictores de la persistencia de ideación suicida en sujetos con intento suicida, el consumo de alcohol y otros factores asociados podrían controlarse con programas de prevención y promoción de salud mental.

Vinaccia, Quiceno, Fernández, Pérez y Olga (2007), realizaron un trabajo de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de Metro salud de Antioquia, Colombia”. El objetivo fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida y su relación con el apoyo social percibido en pacientes con tuberculosis. Fue un estudio descriptivo exploratorio mediante encuestas de tipo transversal y participaron 60 personas voluntarias. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario de apoyo funcional DUKE-UNK. Los resultados indican que la muestra tuvo una calidad de vida buena y se obtuvo una media de 14.3 evidenciándose que los pacientes de TBPCP tuvieron una valoración muy baja de Apoyo Social. En conclusión, el bajo apoyo social percibido

por los pacientes de nuestra investigación se debe en parte a las creencias y mitos que la sociedad ha construido con respecto a la tuberculosis que directamente puede afectar la calidad de las relaciones interpersonales, ya que este tipo de enfermedad inevitablemente modifica los estilos de vida y las conductas de salud tanto del enfermos como de sus familiares y allegados.

Romero (2004), realizó un trabajo de investigación titulado “Diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar: estudio cualitativo en dos poblados del estado de Veracruz, México”; tuvo por objetivo indagar cómo operan las redes de apoyo social que tuvieron un grupo de enfermos (as) en dos comunidades del estado de Veracruz para enfrentar la tuberculosis pulmonar. Para el material y métodos se utilizaron herramientas cualitativas como la entrevista profunda y el cuestionario semiabierto. Los resultados reflejaron una clara desigualdad genérica en el tipo de red social que tienen los pacientes, la enfermedad constituye una desventaja social para las mujeres, situación que contrasta con los varones, quienes gracias a la amplia red de apoyos, ven su calidad de vida incrementada. En conclusión a lo largo de la descripción fue evidente que las redes de apoyo en los procesos de salud, enfermedad y atención de la TB fueron diferenciadas. Las mujeres del estudio tuvieron limitadas redes de apoyo social para enfrentar su problema de salud. En contraste, los varones, sin importar su estado civil, contaron con una red más amplia que involucraba a familiares, sobre todo del sexo femenino, y al personal de los centros de salud, de forma específica las enfermeras.

Quevedo, Sánchez, Villalba y Velásquez (2015), realizaron un trabajo de investigación que tuvo como objetivo determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar de los centros de salud Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes – Rimac – Perú. El método fue de tipo descriptivo de corte transversal, correlacional, la población estuvo conformada por 52 pacientes. Se emplearon dos cuestionarios validados por juicio de expertos para la recolección de datos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Los resultados fueron que el 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron incumplimiento del tratamiento, en conclusiones el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana.

Castellano y Soza (2014), realizaron un trabajo de investigación titulado “Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe – Perú en el 2013”. El objetivo de la investigación fue determinar las diferencias entre los niveles de ideación suicida, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en pacientes con tuberculosis. Es un estudio descriptivo comparativo, se evaluó a 122 pacientes: 74 que acuden al Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y 48 a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) adaptada en Perú por Eugenio y Zelada en el 2011. Los resultados fueron que el 25% de pacientes con TBC

presentaron un nivel bajo de ideación suicida; esto quiere decir que en algún momento pensaron atentar contra su vida; por otro lado, se observa que un 73% de pacientes con TBC presentan un nivel medio de ideación suicida y por último se observa que tan solo un 2% de pacientes con TBC presentaron, un nivel alto de ideación suicida. En conclusión, en cuanto a los niveles de ideación suicida por dimensiones, se encontró que los pacientes con tuberculosis presentaron en mayor cantidad, niveles medio y alto en todas las dimensiones, en comparación a los pacientes con VIH, quienes en su mayoría presentaron niveles bajos.

Paz (2012), realizó un trabajo de investigación en Chiclayo – Perú, con el objetivo de comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según los tipos de tratamientos de la Red Urbana del MINSA, 2012. El diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. La muestra fue conformada por 120 pacientes; el instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck. Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que los pacientes que reciben el tratamiento multiresistente, un 77.8% muestra depresión severa y el 11.1% de pacientes muestra depresión moderada. En conclusión, los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve, a diferencia de los que se encontraban recibiendo el tipo de tratamiento multiresistente, los cuales denotan altos niveles de depresión moderada a severa.

Torres (2002), realizó un trabajo de investigación titulado “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, Lima – Perú”. Tuvo como objetivo conocer los niveles de soporte social que tienen los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo, en los diferentes grupos: nunca tratados, con recaída y crónicos. El diseño fue descriptivo comparativo y correlacional; la muestra quedó conformada por 175

sujetos del sexo masculino. Los resultados indicaron que 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 sí reciben la ayuda pero de forma restringida. Se llegó a la conclusión de que los enfermos con TBP-FP crónicos en su mayoría presentan síntomas depresivos en un nivel moderado a severo, asociándose esto a los largos años con tuberculosis y el escaso soporte social.

3. Marco Teórico

3.1. Soporte Social

3.1.1. Definición.

Nunes, Rigotto, Cardoso y Rueda (2012) refieren que el soporte social es la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio. Por otro lado, Gracia y Herrero (2006) definen el soporte social como provisiones instrumentales y expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, familia y amigos íntimos; cada uno de estos ámbitos proporciona diferentes sentimientos de vinculación.

Una definición más social indica que el soporte tiene dos efectos: uno positivo e independiente de situaciones de estrés 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 para la formación interiorizada de un sentido de sí mismo seguro y positivo en los sujetos (Torres, 2002).

Dentro de algunas definiciones encontramos al soporte social como protector en tiempos de crisis en un amplio rango de estados patológicos: desde bajo peso al nacer hasta la muerte, desde la artritis hasta la tuberculosis, la depresión, el alcoholismo y el síndrome de declinación social. Además, el soporte social puede reducir la cantidad de medicamentos requeridos, acelerar la recuperación y facilitar la adherencia a regímenes médicos prescritos.

Por otro lado, encontramos dos teorías fundamentales del soporte social: Cohen denomina la teoría del efecto Buffer o amortiguador; postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta del organismo antes situaciones de estrés.

Asimismo, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman indican que el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primaria, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redimir la situación estresante como menos dañina o amenazante. La valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red, tanto emocionales, instrumentales o de información, aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés (citado por Rodríguez y Héctor, 2007).

3.1.2. Funciones del Soporte Social.

Ortego, López, y Álvarez (2011) mencionan que los lazos de apoyo social establecidos entre dos o un grupo de personas cumplen diferentes funciones tanto cognitivas, afectivas como conductuales. Entre ellas se destacan las siguientes:

- Facilitar la adquisición de información y conocimientos, ser una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su propia situación. Una buena información conduce a reconocer síntomas, las propias necesidades y reacciones, reduce la ansiedad y el miedo asociado al desconocimiento y facilita la recuperación.
- Facilitar oportunidad para la autorrevelación, hablar entre sí de sus problemas, fracasos, preocupaciones, sentimientos. Con ellos se reduce los sentimientos de desviación, las autoevaluaciones negativas y las percepciones de fracaso. En consecuencia disminuye también los sentimientos de malestar.
- Ofrecer oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento y así enfrentarse a los distintos retos que plantea el problema o la crisis
- Ayudar a tratar eficazmente su situación o los cambios que provocan en su vida los problemas que afrontan.
- Reforzar los pequeños éxitos y apoyar en situaciones de fracaso.

Por otro lado Barrera (citado por Angarita y Gonzales, 2009) considera que el soporte social cumple 7 funciones esenciales, siendo la primera la interacción íntima, que consiste en atender las necesidades de compartir sobre asuntos de carácter estrictamente personal, requiere tiempo y una disposición favorable hacia la persona aun cuando no hay aceptación

de la misma en su totalidad o en algún aspecto de su modo de ser o de sus acciones. La ayuda material consiste en necesidades materiales, como: dinero, medicinas, muebles, etc.

De la misma manera, considera como tercera función el consejo e información. Se refiere a la necesidad de contar con quien pueda proporcionar opinión y orientación sobre asuntos de gravedad en la vida personal, así como información para afrontar adecuadamente situaciones difíciles. El soporte en información positiva responde a nuestras necesidades de reconocimiento y valoración de los estilos personales de vida o las formas personales de hacer las cosas.

Los autores también consideran la asistencia como una función, en la cual se satisface las necesidades de compañía para realizar determinadas tareas o resolver algunas situaciones problemáticas, requiere de tiempo y buena disposición. La participación social cumple a las necesidades de esparcimiento. Y por última función, consideran la interacción negativa, definiéndola como a aquellas personas a las cuales se tiende a producir algún tipo de conflicto y que muchas veces son también la mayor fuente de soporte social.

Las funciones que cumple el soporte social considerando a los diferentes autores no solo se basan en cumplir las necesidades materiales sino también satisfacer las necesidades emocionales, por medio de acciones que demuestren atención, cariño, diálogo, afectividad y autonomía con el individuo.

3.1.3. Redes de Soporte Social.

Torres (2002) considera que cada grupo social ofrece a sus miembros una variedad de redes, cada cual con funciones de soporte social. Dentro de estas considera dos: las redes de apoyo formal, que consisten en los servicios profesionales fomentados directa o

indirectamente por el estado, siendo la característica principal de esta red el operar bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda; presentan normas formales sobre los planteamientos de ayuda y hay un trato establecido independientemente de las características del sujeto. Entre estas redes tenemos a las escuelas, establecimientos de salud privados y estatales.

Por otro lado, tenemos la red de apoyo informal siendo la fuente de apoyo la familia, parientes, amigos, vecinos y allegados. Se incluyen en este tipo de redes las actividades de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado.

Por otro lado Weakland (citado por Ortego, López, y Álvarez, 2011) destaca la importancia de la interacción familiar tanto en el origen como en el curso y resultado de las enfermedades. Este autor señala que la familia sola o en conjunto con otros agentes dice mucho en el comienzo de la enfermedad. Su influencia es sumamente importante una vez que la enfermedad se ha desarrollado. En este caso, la influencia podría ser tanto directa, pudiendo dificultar o facilitar funciones corporales, como indirecta, ayudando o interfiriendo en la aplicación de tratamientos médicos.

Ortego, López y Álvarez (2011) mencionan que la familia ejerce un efecto sobre la salud de sus miembros a través de dos caminos:

- Desde el punto de vista psicofisiológico, los estresores que ocurren en la familia afectan el estado emocional de los miembros, dando lugar a cambios que predisponen a la enfermedad. Si existe un buen funcionamiento en la familia, esta se convierte en el principal centro de apoyo social.

- Desde el punto de vista conductual, hace referencia a las prácticas de salud, la familia transmite normas, actitudes y pautas de comportamiento relacionados con la salud como dietas, ejercicio, etc. Estos, en parte, son aprendidos y mantenidos dentro la familia, el cual destaca su importancia en el seguimiento de regímenes médicos, cambios en el estilo de vida y participación en programas de rehabilitación.

Por otro lado Reyes (2003), reconocen a la familia como función protectora y amortiguadora en los eventos estresantes de sus miembros; además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y la salud, así como su ausencia puede generar malestar y vulnerabilidad al distrés.

Las redes de apoyo familiar tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y dada la afinidad de sus componentes ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad (Ortego, Lopez y Álvarez, 2011).

Por otro lado Gracia y Herrero (2006) mencionan que la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas, ya que a partir de estas relaciones no solo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia e integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social.

3.1.4. Tipos de Soporte Social.

Angarita y Gonzales (2009,) respecto a la función del apoyo social, reconocen cuatro tipos de soporte: el emocional, que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo que representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; el informativo, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red; el instrumental, el cual constituye la ayuda tangible y material de la solución de un problema. Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta.

Por otro lado, Pérez y Martín (2005), consideran estos mismos cuatro tipos, pero a diferencia del apoyo valorativa ellos mencionan el apoyo evaluativo que, al igual al apoyo informativo, solo implica la transmisión de información y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, esta información es relevante para la autoevaluación y para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos.

Si bien es cierto, aunque cada tipo de apoyo cumple una función importante para la persona es necesario considerar que cada fuente de apoyo dependerá del problema o situación del individuo. Almagiá (2014) afirma que aunque cada uno de estos tipos de función puede ser relevante para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades.

3.1.5. Dimensiones que caracterizan el soporte social.

Fachado, Rodríguez, y Castro (2013) clasifican el soporte social en dos dimensiones: el apoyo estructural o cuantitativo, y se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que el individuo puede recurrir solicitando ayuda para la solución de sus problemas. El apoyo emocional o cualitativo tiene un carácter subjetivo y se refiere a la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, es amado, estimado y valorado. Sus componentes más importantes son:

- Apoyo emocional: se relaciona con el cariño y empatía. Es uno de los tipos de apoyo más importantes. Asenjo (2011) añade que este soporte provee al individuo estima, efecto, seguridad, confianza y atención; asimismo, mejora el nivel de autoestima del sujeto.
- Apoyo instrumental: este se ofrece cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita. Por otro lado, Rodríguez y Carmelo (2007) mencionan que el apoyo instrumental busca evaluar la existencia de miembros de la familia, amigo u otros, que le brinden provisión de ayuda material o tangible que pueda necesitar en un momento determinado la persona.
- Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece al individuo para que este pueda usarla frente a situaciones problemáticas. A diferencia del soporte instrumental la información no es la solución del problema sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Torres (2002) denomina también al soporte informativo como consejo guía cognitiva y soporte de evaluación; este ayuda a definir, entender y enfrentar los eventos problemáticos. Por otro lado Asenjo (2011)

añade que este soporte se brinda a través de especies, dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental.

- Apoyo afecto/Cariño: se refiere a las expresiones de afecto y amor que son ofrecidas a la persona por parte de su grupo más cercano (familia). Asimismo, Rodríguez y Carmelo (2007) reafirman que este soporte se refiere a las demostraciones reales de amor, cariño o empatía.
- Interacción social positiva: permite tener una noción de la posibilidad que tiene el sujeto de contar con personas para comunicarse y compartir momentos agradables que le sirvan para olvidar los problemas y relajarse (Rodríguez y Carmelo, 2007). De la misma manera, Fachado et al. (2013) reafirma que la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse y divertirse.

El estudio de las dimensiones permitirá tener una visión general sobre la percepción que el sujeto tiene acerca del apoyo social con el que cuenta, lo que permite a su vez evaluar si el grado de soporte social influye sobre otros aspectos.

3.1.6. Importancia del soporte social.

El soporte social se torna importante en las condiciones generales de vida, ya que cumple una función de protección frente a problemas de salud al promover conductas adaptativas de salud. Almagiá (2014) reitera que el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar situaciones de problema.

Paz (citado por Asenjo, 2011) sostiene que la importancia del soporte social radica en la posibilidad de disminuir o anular los efectos nocivos de una situación de crisis y contribuir con el ajuste psicológico. Como se ha mencionado anteriormente, hay evidencia que indica que el soporte social tiene gran influencia en la vida de las personas, ya que hay estrecha relación entre la red de soporte social y el sujeto que recibe apoyo práctico y emocional.

3.1.7. Consecuencias de un soporte social deficiente.

Ortego, López y Álaves (2011) mencionan que una consecuencia de la pérdida o ausencia de apoyo especialmente por parte de la familia asociada a la enfermedad, minusvalía o cambios en el rol, puede interactuar potenciándose y creando un alto nivel de vulnerabilidad individual.

Asimismo Roda y Moreno (2001) indican que el deficiente soporte social se relaciona con una deficiente salud mental y mayor riesgo de padecimiento de determinadas patologías relacionadas como trastornos mentales; de la misma manera, menciona que la falta de apoyo social aumenta la vulnerabilidad frente a los estresores ambientales.

Por otro lado, Adell (2002) menciona que la exclusión social se relaciona de manera directa con la marginación debido a que las personas que sufren esta situación son dejadas de lado por la sociedad. Una de las características principales de la exclusión social es que impide que grupos más o menos importantes de personas no se puedan integrar tanto social, laboral o culturalmente a la sociedad.

En este contexto, Fernández (2013) menciona que las personas que sufren exclusión social se sienten al margen, impotentes y en situación de inferioridad; asimismo presentan consecuencia psicológicas como baja autoestima, depresión, baja motivación de logro, ansiedad, aislamiento y falta de identidad. De la misma manera existen consecuencias a nivel físico: la desnutrición, mala salud y mayor mortalidad.

De la misma manera, Roca y Rojas (2002) mencionan que la exclusión social tiene un impacto no solo en el nivel de vida o la calidad de vida de las personas que pertenecen a una sociedad que los margina sino un efecto psicológico sobre las mismas. Las personas sienten que no pertenecen a la sociedad y que incluso es ella misma la que no les permite ingresar o no le interesa incluirlos. Es por este motivo que se dice que la exclusión social va más allá del término pobreza, y se refiere más bien al sentimiento de marginación.

Las consecuencias de la falta de soporte social claramente afectan más al estado psicológico, generando conflicto e inestabilidad emocional en el individuo, conllevándolo a un malestar físico muchas veces. De esta manera existe una consecuencia mayor, la exclusión social, el cual no es tanto la pobreza o desigualdad en la pirámide social sino en qué medida se tiene o no un lugar en la sociedad.

3.1.8. Función del profesional de enfermería en relación al soporte social.

La función que cumple el personal de enfermería ante el paciente y la familia se enfoca en la aceptación y adaptación del proceso de la enfermedad, ya que las enfermeras, con sus habilidades y destrezas aprendidas, identifican necesidades y orientan dando consejería a fin de satisfacer necesidades y expectativas. De esta relación, en gran medida, depende la mejora o mantenimiento de la salud de los pacientes o de la comunidad.

Galván (2009) refiere que uno de los aspectos que cobra importancia es la participación del profesional de enfermería en la red de apoyo social. Por un lado, los pacientes buscan ser escuchados, cuidados y orientados ante lo desconocido, ya sea la enfermedad, el riesgo o en cómo mantenerse saludable.

Por otro lado, Fernandez y Manrique (2010) mencionan que el rol de enfermería en el apoyo social del enfermo, generalmente, implica que la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional. Por tanto, el rol indirecto involucra esfuerzos para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, entre el paciente y uno o más miembros de su red social informal, creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al enfermo beneficios a largo plazo en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

Considerando que la familia es el principal y primera fuente de apoyo de un individuo, el profesional de enfermería, como su función principal, debe enfocarse en la valoración de las características de la familia y su disponibilidad como recurso de apoyo para el paciente. Musayón et al. (2010) mencionan 3 funciones del enfermero en torno al soporte social:

- Realizar una valoración integral al paciente, familia y comunidad, con énfasis en la educación.
- Realizar visitas domiciliarias con el objetivo de educar sobre el apoyo social que necesita una persona enferma.
- Identificar redes de apoyo que rodeen al individuo para la recuperación no solo física sino también emocional de la persona afectada.

3.2. Riesgo Suicida

3.2.1. Definición.

Sánchez, Villareal y Gonzales (2012) consideran al suicidio como una forma de violencia autoinfringida, es un concepto que surge precisamente de la necesidad de distinguir entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otra persona. Por otro lado, Durkheim (citado por Virgen, 2011) llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediata, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima, sabiendo ella que debía producirse ese resultado.

Ríos (2014) sintetiza esta definición como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada como posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida.

De esta definición sacamos en claro que el suicidio es intencionado por la propia víctima y el riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar quitarse la vida, es decir, el sujeto, debe buscar deliberadamente su muerte conociendo las consecuencias de sus actos. Muchas veces es considerado como una forma de expresión de sufrimiento y escape a la desesperanza.

3.2.2. Perfil del paciente con conductas suicidas.

Las conductas suicidas son comportamientos que presenta la persona, estas características lo encaminarán a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida; asimismo estas conductas ayudan a identificar las intenciones de autoagresión que puede presentar el individuo con riesgo suicida.

Robles, Acinas, y Pérez (2013) refieren que las personas con manifestaciones de conducta suicida tienen unos rasgos comunes, y su patrón característico consiste en: pensamiento dicotómico. Rigidez y constricción cognitiva, perfeccionismo hacia sí y hacia los demás, con altos niveles de autocrítica, deterioro de la resolución de problemas y escasa confianza en su solución, vulnerabilidad de las experiencias percibidas en relación con experiencias negativas. Esto puede influir en la desesperanza y la impotencia con expectativas negativas sobre el futuro.

Por otro lado Blanca y Reyes (2007) añaden 8 características más a las mencionadas anteriormente como: el comportamiento autoagresivo o pasivo ante frecuentes agresiones del entorno social, presencia frecuente de desvaloración, cambios súbitos en el estado de ánimo y en los hábitos de comer y dormir, presencia de poco interés hacia el trabajo y hacia la vida, pérdida o ausencia de amigos, obsesión con la muerte o pensamientos recurrentes en

torno a ella y presencia de sentimientos de desesperanza o desilusión frecuente. Asimismo, Gomez (2001) añade que la desesperanza es uno de los principales factores psicológicos asociados a la suicidalidad y su reconocimiento es parte importante de la evaluación del riesgo.

3.2.3. Clasificación.

La crisis suicida es una etapa de cambios e inestabilidad por la que pasa la persona, es por ello que para reducir los intentos suicidas deben de manejarse algunos indicadores que determine si existe el riesgo de un intento suicida a corto o largo plazo. Es por ello que diferentes autores clasifican el riesgo suicida de la siguiente manera:

Robledo (2007) considera tres grupos en su clasificación: Leve: presenta solo ganas de morir; Moderada: ganas de morir con esbozo de planificación, y Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción.

Sin embargo, Ruiz-Jarabo y Blanco (2006) añaden una clasificación más, definiéndola como extremo: varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo y puede estar presente como agravante la autoagresión.

Asimismo, Gomez (2012) reafirma esta clasificación señalando cuatro grupos. Riesgo leve: en este grupo no hay planificación ni intento suicida, de igual manera los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables; riesgo moderado: las ideas suicidas son más intensas, frecuentes y persistentes, y existen planes vagos pero no hay intención explícita de cometer suicidio; en el nivel severo existen planes específicos de suicidio y conductas preparatorias; por último, en el nivel extremo la principal diferencia es la inexistencia de factores protectores.

Las clasificaciones presentadas por los diferentes autores permiten identificar el riesgo suicida que puede presentar la persona en circunstancias de crisis con la finalidad de prevenir y tomar decisiones de manejo apropiado.

3.2.4. Fases del riesgo suicida.

Blanca y Reyes (2007) indican que el acto suicida tiene varios estadios que van desde la consideración de este como una opción posible hasta la adopción de la decisión con planes, preparación previa y aparición de calma repentina. En la población, estas etapas con frecuencia se pueden identificar en expresiones del sujeto como "estoy atormentado", "las ideas malas no se me van", "quiero terminar con todo", etc.

Así también, Gracia y Mur (2009) mencionan tres fases del suicidio, siendo la primera fase la idea suicida: en esta etapa el sujeto piensa en cometer suicidio seguida por la fase de duda o ambivalencia: en la cual el individuo pasa a plantearse pasar a la acción y, por último la decisión: en esta fase la persona decide quitarse la vida.

Por otro lado, Pérez et al (2008) añade una cuarta fase: el suicidio consumado. En esta fase la persona realiza deliberadamente el acto causándose la muerte. Puede ser de manera accidental, con un método del que se desconocía su verdadero efecto pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte o suicidio intencional.

En la opinión de las investigadoras, realizar el acto suicida es un proceso en el cual la persona pasa por las cuatro fases pensando en forma prolongada, con premeditación y reflexivamente, ocurriendo muchas veces de forma rápida e inesperada por su entorno.

3.2.5. Factores del riesgo suicida.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria sino que, en cierta medida, se puede predecir, ya que se encuentra asociada a ciertos factores que aumentan la probabilidad de desarrollar ideaciones y conductas suicidas (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental -FEAFES-2006).

Existen diferentes factores de riesgo suicida. A continuación se mencionarán los factores relevantes:

Ruiz-Jarabo y Blanco (2006) clasifica los factores de riesgo en dos grupos:

- Factores de riesgo sociales: Tensión social, cambio de posición socio económico, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas y violencia ambiental.
- Factores de riesgo familiares: Funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, familia inexistente, violencia doméstica y abuso sexual.

Por otro lado Mejía, Sanhueza y Gonzales (2011) Clasifican los factores de riesgo en dos grupos diferentes:

- Factores sociodemográficos: Género: La frecuencia del suicidio entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres.

- Edad: La tasa de suicidio crece con la edad, siendo muy baja por debajo de los 12 años y llegando hasta el punto más alto en los varones mayores de 75 años. Los intentos de suicidio son más frecuentes entre los jóvenes que entre los ancianos. Así las tasas más elevadas de conductas parasuicidas pertenecen al grupo de edad entre 15 y 24 años en las mujeres y entre los 25 y 34 años en el caso de los varones (Cano, Pena, y Ruiz, 2009).

Asimismo Mejía, Sanhueza, y Gonzales (2011) consideran otros tres factores de riesgo suicida, como son: el estado civil: Es conocido que el suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. El matrimonio parece proteger del suicidio, especialmente si se tienen hijos y si se es mujer. El nivel Socioeconómico: Estudios muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. Y, por último la situación ocupacional: El trabajo actúa como un factor protector puesto que las tasas de suicidio son altas en las personas desempleadas, aunque las razones para esta asociación son complejas.

Por otro lado, Blanca y Reyes (2007) mencionan que los factores de riesgo esenciales para el intento suicida son: Personas sin apoyo social y familiar, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio, antecedentes familiares de suicidios o de intentos, presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza, presencia de depresión mayor, presencia de ansiedad e insomnio severo. También refiere que la existencia de un número mayor de señales de peligro y/o de factores de riesgo es directamente proporcional al aumento del riesgo suicida en los individuos.

De la misma manera, El Ministerio de Sanidad (2012) menciona que la desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck.

Gracia y Mur (2009) mencionan que dentro de los trastornos psiquiátricos se encuentra la depresión con un 50%, el alcoholismo con un 30%, la drogodependencia y psicosis con un 10% y la presencia de una enfermedad física.

3.2.6. Factores protectores.

La Organización Mundial De La Salud (2006) indica que los factores protectores reducen el riesgo de suicidio, ya que aíslan a la persona y le impiden cometer este acto. La OMS considera los siguientes factores: apoyo familiar, amigos y personas importantes, creencias religiosas y culturas, participación en la comunidad, vida social satisfactoria, integración social a través del trabajo o el uso constructivo del tiempo libre, acceso a servicios y asistencia de salud mental.

Es importante tener en cuenta que, además de los factores de riesgo se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores contra el comportamiento suicida. La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental -FEAFES (2006) divide los factores protectores en dos grupos:

- Factores personales: comprende la característica de poseer habilidad para la resolución no violenta de conflictos y la superación de problemas, poseer buenas habilidades sociales, tener confianza en uno mismo y en sus logros

- Factores sociales y medio ambientales: resaltando el apoyo familiar que consiste en contar con una familia estructurada con fuertes lazos entre sus miembros, integrado socialmente, manteniendo buenas relaciones interpersonales con el entorno, poseer creencias religiosas, adoptar valores culturales y tradicionales, recibir una adecuada atención integral bajo el principio de continuidad de cuidados y tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda.

Los factores protectores son aspectos ambientales y sociales que hacen más o menos probable que una persona pueda desarrollar una conducta suicida. La utilización adecuada de estos factores y la participación de una red de apoyo comunitario fortalecerán a la persona, y aunque no eliminan el riesgo de suicidio pueden contrarrestar la tensión de los acontecimientos de la vida.

3.2.7. Función del profesional de enfermería en el riesgo suicida.

La atención a una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de toda conflictividad asociada al suicidio. El objetivo de la intervención es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del paciente (Álvarez 2011).

En relación con el soporte social la familia es la mayor fuente de apoyo que pueda disponer la persona para disminuir el riesgo suicida; la valoración de la familia y su disponibilidad en el apoyo para el paciente es un elemento esencial en el trabajo de enfermería. Las intervenciones varían según la situación del paciente, siendo la función principal incrementar los sistemas sociales de apoyo (Crespo y López 2007).

Blanca y Reyes (2007) mencionan que en la intervención inicial al paciente con peligro suicida se debe realizar las siguientes funciones: entender sus sentimientos, alentarlos a que actúe y luche frente a situaciones de conflicto, ayudar a encontrar respuestas y alternativas para la vida, facilitar la verbalización y expresión de sentimientos, educar sobre la solicitud de ayuda en momentos de angustia, estimular las cualidades positivas y éxitos recientes, buscar ayuda profesional especializada, realizar visitas domiciliarias orientadas en la educación sobre comunicación cálida y espontánea entre sus miembros.

Por otro lado Rojas (2007) indica que el papel de enfermería es muy importante ya que el enfermero brinda confianza y seguridad al paciente mediante la preparación psicológica. Si el paciente está deprimido se debe animar, estimular y proteger su integridad.

Asimismo, Lara (2012) añade que dentro de las funciones la enfermera debe conseguir un sitio adecuado donde se puede mantener una conversación tranquila con razonable privacidad, asignar el tiempo necesario debido a que los suicidas a menudo necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo. Y la tarea más importante es escucharlos atentamente, tenderles la mano y escucharlos es de por sí un paso importante, ya que reduce el nivel de desesperación que un suicida siente.

Por otro lado, en su informe de investigación sobre acciones de atención que realiza la enfermera al paciente con intento de suicidio, Lara (2012) menciona que el 77 % no realiza una valoración específica a los pacientes con riesgo suicida, de la misma manera el 77% de enfermeros en el estudio no realiza observación del paciente para detectar si ha recuperado el control de sí mismo, evidenciando así que las intervenciones están dirigidas a los aspectos

físicos y técnicos de la atención. De esta manera el autor indica que las funciones de enfermería deben estar enfocadas en la valoración e investigación de la situación que conlleva al acto suicida.

3.3. La tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud define la tuberculosis como una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Por otro lado Ugarte (2009) indica que la tuberculosis está fuertemente relacionada a la pobreza, ya que a pesar de que todos los estratos sociales presentan casos de tuberculosis, son los más pobres los que están en riesgo debido al hacinamiento en la casa, trabajo y transporte, además de presentar generalmente un sistema inmune más débil a causa de la malnutrición. Por otro lado, tanto la TBC como el sida o la lepra, no tienen solo la carga del malestar biológico, sino también la social, llegando a algunos casos a la “muerte” social, ya que se cierra la oportunidad para poder reintegrarse a la sociedad y permitirse el derecho de un desarrollo personal digno, esto debido a que la vía de transmisión es de una persona a otra, los gérmenes de la TB se liberan al aire cuando una persona enferma tose, estornuda, se ríe o canta, es por ello que la sociedad discrimina a las personas enfermas de tuberculosis con la finalidad de no ser contagiada. Entonces se observa que los pacientes tienen que lidiar con el estigma de parte de la sociedad, vulnerando así sus derechos fundamentales como persona.

En cuanto al tratamiento, la OMS menciona que la tuberculosis es una enfermedad que se puede tratar y curar. La forma activa que es sensible a los antibióticos se trata con una combinación estándar de cuatro de estos medicamentos siendo 11 pastillas diarias administradas durante seis meses junto con información, supervisión y apoyo del paciente por un agente sanitario o un voluntario capacitado y su familia. Sin este apoyo, el cumplimiento terapéutico puede ser difícil y, como consecuencia, la infección puede propagarse conllevando a un tratamiento mayor a 6 meses.

Caceres (2004) menciona que si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. Serpa, Teeter, Musser y Graviss (2009) realizaron un estudio el cual reportó que el 11% de quienes abandonaron el tratamiento tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del mismo. Asimismo, en Colombia, Culqui et al. (2016) realizaron un estudio el cual mostró que el no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces, mientras que Cáceres y Orozco en el 2007, en otro estudio, encontraron que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente presentaba un aumento del abandono del tratamiento con un OR de 56.9 (IC 95% 3.61 – 891). De esta manera se observa que la adherencia al tratamiento se asocia en forma significativa con el apoyo que los familiares brindan al paciente.

Esto nos lleva a considerar que las relaciones interpersonales en enfermería, no deben considerarse dentro de la serie de dones innatos. La relación con el paciente es el eje de los cuidados que exige tanto la formación científica, como la sabiduría del profesional experto que domina la ciencia y el arte del cuidado. Independientemente del apoyo requerido por el paciente, la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua

en la que si bien el paciente recibe un beneficio al recibir menor impacto de la enfermedad, o alcanzar el bienestar, la enfermera obtiene beneficio al convertirse en un referente no solo para el paciente y su familia sino también para el equipo de salud, como profesional de los cuidados. Las herramientas están dadas, corresponde al profesional de enfermería instrumentar el reto de mejorar la calidad del cuidado de las personas.

Garay (2005) menciona que algunas de las actividades del profesional de enfermería frente a un paciente con tuberculosis son brindar un cuidado de enfermería holístico a las personas enfermas de tuberculosis y a su grupo familiar, basado en principios y valores morales, impartir consejería al paciente, hacer visita domiciliaria en todo caso de tuberculosis para estudio de contactos y cuando el paciente no asista a recibir una dosis de medicamentos, u otros motivos que hagan la visita necesaria, registrar y monitorear oportunamente la ficha de tratamiento (PCT), realizar actividades educativas sobre tuberculosis y confección al enfermo, comunidad y grupo familiar, siendo este el más importante.

3.4. Modelo teórico

Fergusson (2005) considera que las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional para actuar en concordancia con ellos. Un modelo conceptual provee un marco de referencia para la práctica; estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería de quienes los han propuesto.

A continuación se presentan modelos y teorías de enfermería que sustentan el presente trabajo de investigación:

Modelo de enfermería: Relación persona a persona de Joyce Travelbee.

Joyce Travelbee (1966), en su modelo de enfermería “Relación persona a persona” resalta la importancia del proceso interpersonal de la enfermera hacia la persona, familia o comunidad. Con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y, si es necesario, contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias. (Galvis, 2015)

Beltrán (2008) refiere que el modelo de Travelbee aborda un concepto de enfermería psiquiátrica señalando a la profesión como un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales, siendo el propósito de la enfermera comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda.

El énfasis que cumple esta teoría en el cuidado es dar a conocer lo fundamental de la empatía, la solidaridad, la transferencia y los aspectos emocionales que la enfermera debe tener hacia el paciente con tuberculosis, buscando que él encuentre el equilibrio físico, mental y espiritual.

Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, en su teoría de “autocuidado”, aborda al individuo de manera integral como un organismo biológico, racional y pensante, con capacidad para conocerse, utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de

reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales con la finalidad de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad (Prado, González, Paz & Romero, 2014).

Fernandez (2013) menciona que Dorothea no define al entorno como tal, sino que lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Es importante conocer estos conceptos pues permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo a mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. Por otro lado, el énfasis de la teoría de Dorothea Orem es ver a la persona de una manera holística desde el punto de vista biológico, psicológico y social (Pereda, 2011).

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable; identifica en el individuo factores cognitivos y perceptuales que son modificados por las características situacionales personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud. Este modelo expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (Aristizabal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011).

Asimismo, Barros, Soto, y Sipion (2013) mencionan que la aplicación del modelo de promoción de la salud es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, examen físico e historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas. Este modelo tiene como objetivo integrar a la enfermera y la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social, debido a que el profesional de enfermería es el principal motivador para los pacientes en cuanto a mantener su salud personal.

El modelo de promoción de la salud es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de la salud (Díaz, Beristáin, & Díaz, 2011).

4. Definición de términos

4.1. Paciente con tuberculosis pulmonar.

Persona con una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa (OMS).

4.2. Riesgo suicida.

Es la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida Belfort (citado por Rios, 2014).

4.3. Soporte social.

Son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Es también un proceso interactivo, gracias al cual, la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra insertado (Cuba, 2011).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis General

Ho: El soporte social no está relacionado con el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis.

Hi: El soporte social está relacionado con el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis.

5.2. Hipótesis Especifica

Hi: Sí existe relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el riesgo suicida de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Chaclacayo.

Hi: Sí existe relación entre la dimensión “afecto-cariño” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre la dimensión “afecto-cariño” y el riesgo suicida de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Chaclacayo.

Hi: Sí existe relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Hi: Sí existe relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con Tuberculosis de la Microred Chaclacayo.

Hi: Sí existe relación entre el número de familiares y el soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre el número de familiares y el soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Hi: Sí existe relación entre el número de familiares y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Ho: No existe relación entre el número de familiares y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Diseño y tipo de la investigación

El estudio de la investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Además es de alcance correlacional porque nos permite analizar el tipo de relación que existe entre dos variables: soporte social y riesgo suicida. De acuerdo a las características temporales de los datos, es de corte transversal ya que se levantó los datos en un período de tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

2. Variables de la investigación

2.1. Variable independiente – Soporte social

Es el apoyo material y sobre todo emocional que recibe la persona por parte de instituciones, familia y amigos. Este apoyo se manifiesta con mayor énfasis en el proceso de aceptación de una enfermedad.

2.2. Variable dependiente – Riesgo suicida

Es la probabilidad que tiene la persona de cometer cualquier acto que ponga en riesgo su vida sin medir las consecuencias.

3. Operacionalización de las variables.

Variable X: Soporte Social

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Soporte social	Es la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio (Nunes, Rigotto & Marín, 2012).	Es el apoyo material y sobre todo emocional que recibe la persona por parte de instituciones, familia y amigos. Este apoyo se manifiesta con mayor énfasis en el proceso de aceptación de una enfermedad.	<p>Apoyo Emocional / Informativo</p> <p>Apoyo Instrumental</p> <p>La interacción social positiva</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar. 2. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. 3. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. 4. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. 5. Alguien cuyo consejo realmente desee. 6. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. 7. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales. 8. Alguien que comprenda sus problemas. 9. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. 10. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. 11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas 4. La mayoría de veces 5. Siempre

			Apoyo Afecto/cariño	<p>12. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.</p> <p>13. Alguien con quien pasar un buen rato.</p> <p>14. Alguien con quien pueda relajarse.</p> <p>15. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.</p> <p>16. Alguien con quien divertirse.</p> <p>17. Alguien que le muestre amor y afecto.</p> <p>18. Alguien que le abrace.</p> <p>19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.</p>	
--	--	--	------------------------	---	--

Variable Y: Riesgo Suicida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE EVALUACIÓN
Riesgo de suicida	Es la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida (Belfort, 2009).	Es la probabilidad que tiene la persona de cometer cualquier acto que ponga en riesgo su vida sin medir las consecuencias.	Riesgo suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Has estado pensando en quitarte la vida últimamente? 2. ¿La idea de quitarte la vida se te presenta frecuentemente? 3. ¿Se te presentan las ideas repentinamente? 4. ¿Te has imaginado alguna forma de cómo te quitarías la vida? 5. ¿Has hecho algún preparativo para suicidarte? 6. ¿Has comunicado a alguien tus pensamientos suicidas? 7. ¿Alguna vez llevaste a cabo el intento suicida? 8. ¿Alguien de entre tus familiares o amigos conocidos se han quitado la vida? 9. ¿Consideras desesperada tu situación? 10. ¿Te cuesta pensar en otra cosa que no sean tus problemas? 11. ¿Has dejado de visitar a tus parientes, amigos y conocidos en los últimos meses? 12. ¿Aun buscas divertirte y entretenerte en hobbies y 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

				<p>aficiones con tus amigos?</p> <p>13. ¿Tienes con quien hablar de tus problemas, tanto abierta como reservadamente?</p> <p>14. ¿Vives con tu familia o algún conocido?</p> <p>15. ¿Te vinculas frecuentemente con familiares, actividades académicas o ambas cosas?</p> <p>16. ¿Asistes con frecuencia a un grupo religioso o ideológico habitualmente?</p>	
--	--	--	--	---	--

4. Delimitación geográfica y temporal

La microred de Chaclacayo está ubicado en el kilómetro 19.5 de la Carretera Central, Miguel Grau altura Ñaña, lugar estratégico para la atención de emergencias y urgencias que ocurren durante las 24 horas del día. Está conformado por 10 establecimientos de salud, de los cuales 8 se encuentran en el distrito de Chaclacayo y 2 en el distrito de Lurigancho. Asimismo, 5 son centros de salud y 5 son los puestos de salud que se mencionarán a continuación: P.S. Perla del Sol, P.S. Huascata, P.S. Villa Rica, P.S. Tres de Octubre, P.S. Alto Huampaní, C.S. Chaclacayo López Silva, C.S. Morón, C.S. Progreso, C.S. Virgen del Carmen y C.S. Miguel Graú, siendo este último cabeza de red.

4.1. Población

El trabajo de investigación fue aplicado en la microred de Chaclacayo, que cuenta con una población total de 62 pacientes que participan del programa Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT), distribuidos en 10 establecimientos de salud. Estos pacientes son atendidos de lunes a sábado por los profesionales de enfermería de dichos establecimientos.

Tabla 1
Distribución de población

Centros y Puestos de Salud	N°
C.S La Era	6
C.S Progreso	7
C.S Morón	6
C.S López Silva	12
C.S Miguel Grau	10
P.S Huascata	5
P.S Villa Rica	6
P.S Tres de Octubre	2
P.S Alto Huampaní	2
P.S Perlas del Sol	6
Total	62

4.2. Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia puesto que la selección del procedimiento no se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del cumplimiento de los criterios de inclusión; asimismo, esta muestra es de tipo censal porque todo los elementos de la población son incluidos en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La muestra estuvo conformada por 58 pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT).

Tabla 2

Distribución de la muestra

Centros y Puestos de Salud	N°
C.S La Era	6
C.S Progreso	7
C.S Morón	5
C.S López Silva	10
C.S Miguel Grau	10
P.S Huascata	5
P.S Villa Rica	6
P.S Tres de Octubre	2
P.S Alto Huampaní	2
P.S Perlas del Sol	5
TOTAL	58

4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Para el presente estudio se consideraron los siguientes criterios:

4.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acepten participar del estudio
- Pacientes varones y mujeres diagnosticados con tuberculosis pulmonar mayores de 16 años.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento en la microred de Chaclacayo en el periodo de 2015.

4.2.1.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que presenten algún tipo de discapacidad mental.
- Pacientes que hayan abandonado el tratamiento.

4.2.1.3. *Características de la Muestra.**Tabla 3:**Características sociodemográficas de la población en estudio.*

Variable	Escala	N	%
Edad	De 16 a 25 años	12	20,7%
	De 26 a 35 años	20	34,5%
	De 36 a 45 años	13	22,4%
	De 46 a 55 años	7	12,1%
	De 56 a 64 años	3	5,2%
	Mayor de 65 años	3	5,2%
Género	Femenino	24	41,4%
	Masculino	34	58,6%
Estado civil	Soltero (a)	26	44,8%
	Casado (a)	6	10,3%
	Conviviente	18	31,8%
	Divorciado (a)	6	10,3 %
	Viudo (a)	2	3,4%
	Grado de Instrucción	Primaria	5
	Secundaria	32	55,2%
	Superior/Técnico	20	34,5
	Superior/Univ.	1	1,7%
Total		n=58	

5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para esta investigación se utilizó la técnica de encuesta, los instrumentos fueron dos cuestionarios aplicados a los pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud que conforman la microred de Chaclacayo. El cuestionario consta de 36 ítems de los cuales 20 preguntas son para medir la variable soporte social y 16 el riesgo suicida.

El instrumento se encuentra organizado de la siguiente manera: Datos Sociodemográficos: Género, Edad, Estado Civil y Grado de Instrucción. Datos específicos: Soporte social y Riesgo Suicida.

5.1. Cuestionario de MOSS de apoyo social

El instrumento que se utilizó para medir el soporte social fue el cuestionario MOSS para adultos desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 siendo parte del grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSSSS). Para la presente investigación se utilizó la versión argentina para adultos del cuestionario MOS adaptada y validada por Rodríguez Espínola y Enrique (2007).

La encuesta fue aplicada al paciente mientras recibía su tratamiento en el servicio de PCT de los Centros de Salud en los turnos de mañana y tarde, que consta de 20 ítems divididos en 4 dimensiones: apoyo emocional (ítems 3,4,8,9,13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7,11, 14 y 18) y afecto/cariño (ítems 6, 10 y 20).

Para evaluar las áreas de soporte social se utilizó la escala de Likert clasificado en nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de veces (4) y siempre (5). El puntaje se

clasificó en: bueno de 58 a 95 puntos, escaso menos de 57 puntos y déficit menos de 19 puntos.

5.2. Cuestionario de tendencia suicida de Pöldinger

Otro instrumento utilizado fue la escala de tendencia suicida de Pöldinger desarrollada en 1980 y adaptada por Julia Esther Ríos Pinto en el 2014.

La encuesta consta de 16 ítems de las cuales se sumaron las respuestas positivas y negativas obteniendo un resultado global; el resultado global se multiplicó por una constante de 6.25 que va a darnos una probabilidad de ocurrencia de llevar a cabo la conducta suicida. Para valorar el área de riesgo suicida se utilizó la escala dicotómica sí (1) y no (2); se considera un punto por cada respuesta: Sí (1- 11 ítems) y No (12 -16 ítems).

El autor plantea los siguientes intervalos de calificación para determinar si existe o no riesgo: de 0-25 no hay riesgo suicida, 30 a 50 tendencia al riesgo suicida; 55 a 80 riesgo de suicidio y de 85 a 100 alta probabilidad de riesgo suicida.

Confiabilidad del Instrumento

El método que se utilizó para comprobar la confiabilidad del cuestionario de MOSS fue el Alfa de Cronbach. Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y sirve para comprobar si el instrumento recopila información defectuosa y, por tanto, nos llevaría a conclusiones equivocadas; o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es, por tanto, un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre los ítems para ver que, efectivamente, se aproximan.

El cuestionario de MOSS presentó un α de 0.97 indicando que el cuestionario de “soporte social” es un instrumento que funciona consistentemente, si al aplicarlo por observadores independientes o en mediciones diferentes siempre habrá la seguridad de que los resultados sean consistentes entre las diferentes dimensiones de la variable soporte social.

El método que se utilizó para comprobar la fiabilidad del cuestionario de tendencia suicida de Pöldinger fue Kuder – Richardson 20. La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos. La consistencia interna se calcula con la fórmula 20 de Kuder – Richardson para las escalas dicotómicas. La consistencia interna se considera aceptable cuando se encuentra entre 0,70 y 0,90 (Campo Oviedo, 2008). El KR20 obtenido fue 0,716.

6. Proceso de recolección de datos

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida al director general de la microred de Chaclacayo, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización del director general de la microred de Chaclacayo se procedió a la recolección de datos, en coordinación con las licenciadas encargadas del servicio de PCT de los diferentes centros de salud.

La aplicación del instrumento fue dado por las investigadoras realizándose en los meses de octubre y noviembre del 2015, una vez identificado el paciente, se le invitó a participar

del estudio, informándole verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y del consentimiento informado, pidiendo la veracidad en sus repuestas. La encuesta se tomó a los pacientes en el Centro de Salud y tuvo una duración de 20 minutos.

7. Proceso y Análisis de Datos.

El procesamiento de datos inició con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico SPSS 20. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias, identificando la relación de variables con la estadística inferencial de Tau-b de Kendall y Rho Spearman.

8. Consideraciones éticas.

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, respetándose la autonomía de los participantes.

Según Ley general de salud N°26842: “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato del paciente al participar; asimismo se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito el consentimiento informado al sujeto de investigación, quien recibió una explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

Capítulo IV

Resultados y Discusiones

1. Resultados

Tabla 4

Soporte social y riesgo suicida en pacientes con Tuberculosis de la microred de Chaclacayo, Lima - 2016.

		Riesgo Suicida			
		No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicido	Total
	Déficit	2 3.4%	4 6.9%	0 0.0%	6 10.3%
	Escaso	5 8.6%	20 34.5%	9 15.5%	34 58.6%
Soporte social	Bueno	6 10.3%	9 15.5%	3 5.2%	18 31.0%
	Total	13 22.4%	33 56.9%	12 20.7%	58 100.0%

En la tabla 4 se observa que del 100% de los encuestados el 34,5% que tuvieron escaso soporte social presentaron tendencia al riesgo suicida y el 15% que evidencio un soporte social bueno presentó tendencia al riesgo suicida.

Tabla 5

Relación entre el soporte social y el riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo, Lima - 2015.

Tau – b de Kendall		Riesgo Suicida	Soporte Social
	Coefficiente de correlación	1,000	,161
Riesgo Suicida	Sig. (bilateral)	.	,226
	N	58	58

En la tabla 5 se observa que el estadístico Tau b de kendall no es significativo con un P-valor de 0,226 demostrando que no existe relación entre el soporte social y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 6

Soporte Social de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015

Diagnóstico de Soporte Social	N	%
Déficit	6	10,3
Escaso	34	58,6
Bueno	18	31,0
Total	58	100,0

En la tabla 6 se muestra el soporte social que presentan los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, en el cual evidencia que el 58% presentó escaso soporte social, el 31% buen soporte y el 10,3% déficit de soporte social.

Tabla 7

Riesgo Suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015

Diagnóstico de Riesgo suicida	N	%
No hay riesgo	6	10,3
Tendencia a riesgo	5	8,6
Riesgo de suicidio	23	39,7
Alta probabilidad de riesgo	24	41,4
Total	58	100,0

En la tabla 7 se observan los resultados de riesgo suicida que presentaron los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, del 100% de los encuestados, el 41,4% presentó alta probabilidad de riesgo, el 39,7 riesgo de suicidio; por otro lado, el 12,1% no mostraró riesgo suicida y el 8,6 evidenció tendencia al riesgo.

Tabla 8

Soporte social en la dimensión “apoyo emocional” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.

		Riesgo Suicida					
		No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicido	Alta probabilidad de riesgo	Total	
Bajo	N	2	0	7	6	15	
	%	3.4%	0.0%	12.1%	10.3%	25.9%	
Medio	N	1	5	12	13	31	
	%	1.7%	8.6%	20.7%	22.4%	53.4%	
Bueno	N	3	0	4	5	12	
	%	5.2%	0.0%	6.9%	8.6%	20.7%	
Total	N	6	5	12	25	58	
	%	10.3%	8.6%	20.7%	41.4%	100.0%	

En la tabla 8 se observa que el 22,4% de los pacientes que indicaron un apoyo emocional medio presentaron alta probabilidad de riesgo suicida, asimismo, el 10,3% que indicaron un bajo apoyo emocional medio también evidenciaró una alta probabilidad de riesgo.

Tabla 9

Relación entre la dimensión “apoyo emocional” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.

Tau – b de Kendall		Apoyo emocional	Riesgo Suicida
	Coeficiente de correlación	1,000	,035
Apoyo emocional	Sig. (bilateral)	.	,768
	N	58	58

En la tabla 9 se observa que la prueba de Tau_b de Kendall no es significativa con un P-valor de 0,768, demostrando que no existe relación entre la dimensión “apoyo emocional” y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 10

Soporte social en la dimensión “afecto-cariño” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015.

		Riesgo Suicida					
		No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicido	Alta probabilidad de riesgo	Total	
Apoyo Afecto-cariño	Bajo	N	2	0	9	6	17
		%	3.4%	0.0%	15.5%	10.3%	29.3%
	Medio	N	2	4	11	15	32
		%	3.4%	6.9%	19.0%	25.9%	55.2%
	Bueno	N	2	1	3	3	9
		%	3.4%	1.7%	5.2%	5.2%	15.5%
	Total	N	6	5	23	24	58
		%	10.3%	8.6%	39.7%	41.4%	100.0%

En la tabla 10 se observa que el 25,9% de los pacientes que indicaron un apoyo afecto cariño medio presentaron alta probabilidad de riesgo y el 10.3% que presentaron un apoyo bajo evidenciaron una alta probabilidad de riesgo.

Tabla 11

Relación entre la dimensión “afecto-cariño” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo, Lima – 2015

Tau – b de Kendall		Riesgo suicida	Afecto -cariño
	Coefficiente de correlación	,041	1000
Afecto-Cariño	Sig. (bilateral)	,728	.
	N	58	58

En la tabla 11 se observa que la prueba de Tau_b de Kendall no es significativa con un P-valor de 0,728, demostrando que no existe relación entre la dimensión “afecto - cariño” y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 12

Soporte social en la dimensión “instrumental” y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

		Riesgo Suicida					
		No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicido	Alta probabilidad de riesgo	Total	
Bajo	N	2	0	8	6	16	
	%	3.4%	0.0%	13.8%	10.3%	27.6%	
Apoyo Instrumental Medio	N	2	3	9	17	31	
	%	3.4%	5.2%	15.5%	29.3%	53.4%	
Bueno	N	2	2	6	1	11	
	%	3.4%	3.4%	10.3%	1.7%	19.0%	
Total	N	6	5	23	24	58	
	%	10.3%	8.6%	39.7%	41.4%	100.0%	

En la tabla 12 se observa El 29,3% de los pacientes que indicaron apoyo instrumental medio presentaron una alta probabilidad de riesgo y el 10.3% que presentaron un apoyo bajo evidenciaron una alta probabilidad de riesgo.

Tabla 13

Relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Tau – b de Kendall		Riesgo Suicida	Apoyo instrumental
	Coefficiente de correlación	-,152	1000
Apoyo instrumental	Sig. (bilateral)	,201	.
	N	58	58

En la tabla 13 se observa que la prueba de Tau – b de Kendall no es significativo con un P-valor de 0,201, demostrando que no existe relación entre la dimensión “instrumental” y el riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 14

Relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

		Riesgo Suicida					
		No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicidio	Alta probabilidad de riesgo	Total	
Apoyo interacción social positiva	Bajo	N	2	0	8	4	14
		%	3.4%	0.0%	13.8%	6.9%	24.1%
	Medio	N	2	4	12	16	34
		%	3.4%	6.9%	20.7%	27.6%	58.6%
	Bueno	N	2	1	3	4	10
		%	3.4%	1.7%	5.2%	6.9%	17.2%
Total	N	6	5	23	24	58	
	%	10.3%	8.6%	39.7%	41.4%	100.0%	

En la tabla 14 se observa que el 27,6% de los pacientes que indicaron un apoyo interacción social positiva medio presentaron alta probabilidad de riesgo suicida y el 6,9, presentaron un apoyo bajo evidenciaron una alta probabilidad de riesgo.

Tabla 15

Relación entre la dimensión “interacción social positiva” y el riesgo suicida de los pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Tau – b de Kendall		Riesgo Suicida	Interacción social positiva
	Coefficiente de correlación	,023	1000
Interacción social positiva	Sig. (bilateral)	,844	.
	N	58	58

En la tabla 15 se observa que la prueba de Tau – b de Kendall no es significativa con un P-valor de 0,844, demostrando que no existe relación entre la dimensión “interacción social positiva” y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 16

Número de familiares y soporte social en pacientes con tuberculosis de la microrred Chaclacayo.

Cuantos familiares lo apoyaron	Diagnóstico de Soporte Social			Total
	Déficit	Escaso	Bueno	
N	1	4	1	6
%	1,7%	6,9%	1,7%	10,3%
N	2	15	2	19
%	3,4%	25,9%	3,4%	32,8%
N	2	8	4	14
%	3,4%	13,8%	6,9%	24,1%
N	0	4	3	7
%	0,0%	6,9%	5,2%	12,1%
N	1	3	5	9
%	1,7%	5,2%	8,6%	15,5%
N	0	0	2	2
%	0,0%	0,0%	3,4%	3,4%
N	0	0	1	1
%	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%
N	6	34	18	58
% Total	10,3 %	58,6 %	31,0 %	100,0 %

En la tabla 16 se observa que el 8,6 % de los pacientes con un soporte social de escaso y déficit presentan cero familiares que lo apoyan, el 25,9% con un soporte social escaso presenta solo un familiar y el 8,6% con un soporte social bueno presenta cuatro familiares.

Tabla 17

Relación entre el número de familiares y el soporte social en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Rho de Spearman		Número de familiares	soporte social
	Coeficiente de correlación	1,000	,393
Número de familiares	Sig. (bilateral)	.	,002
	N	58	58

En la tabla 17 se observa que el estadístico Rho de Spearman es significativo con un P-valor de 0,002, demostrando que existe relación entre el número de familiares y soporte social en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Tabla 18

Número de familiares y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microrred Chaclacayo.

Cuantos familiares apoyaron lo	Diagnóstico de Riesgo Suicida				Total
	No hay riesgo	Tendencia a riesgo	Riesgo de suicidio	Alta probabilidad de riesgo	
N	0	0	4	2	6
%	0,0%	0,0%	6,9%	3,4%	10,3%
N	0	2	10	7	19
%	0,0%	3,4%	17,2%	12,1%	32,8%
N	3	1	3	7	14
%	5,2%	1,7%	5,2%	12,1%	24,1%
N	2	0	1	4	7
%	3,4%	0,0%	1,7%	6,9%	12,1%
N	0	2	3	4	9
%	0,0%	3,4%	5,2%	6,9%	15,5%
N	1	0	1	0	2
%	1,7%	0,0%	1,7%	0,0%	3,4%
N	0	0	1	0	1
%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%
N	6	5	23	24	58
% Total	10,3%	8,6%	39,7%	41,4%	100,0%

En la tabla 18 se observa que el 6,9% de los pacientes que contaban con cuatro familiares que les apoyaron en momento de enfermedad presentaron alta probabilidad de riesgo suicida

Tabla 19

Relación entre el número de familiares y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la microred Chaclacayo.

Rho de Spearman		¿Cuántos familiares lo apoyan?	Riesgo Suicida
	Coeficiente de correlación	1,000	,161
¿Cuántos familiares lo apoyan?	Sig. (bilateral)	.	,226
	N	58	58

En la tabla 12 se observa que el estadístico Rho de Spearman no es significativo con un P-valor de 0,226, demostrando que no existe relación entre el número de familia y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

2. Discusión

Diversas investigaciones señalan que un adecuado soporte social en los pacientes con enfermedades contagiosas repercute en el afrontamiento de la enfermedad y estabilidad emocional ayudando al individuo a prevenir el riesgo suicida. Almagiá (2014) reitera que el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad y control que lo hace sentir mejor y percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar situaciones de problemas.

En el estudio se encontró que el 58,6% de los pacientes con tuberculosis presentaron un escaso soporte social y el 10,3% deficiente (Tabla 6). De igual manera Torres (2002) en un estudio realizado en Perú encontró que el 91,4% de los enfermos con tuberculosis pulmonar tuvieron un bajo nivel de soporte social y en su mayoría presentaron síntomas depresivos de moderado a severo. Este resultado es similar a lo reportado por Quevedo, Sánchez, Villalba y Velasquez (2015) en su estudio “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento a pacientes con tuberculosis pulmonar en Perú”, donde el 36,4% de los pacientes que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron incumplimiento del tratamiento demostrando que el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente. Según Rojas (2006) menciona que el soporte social es fundamental en los pacientes con tuberculosis, ya que los hace sentirse valorados y estimados, estimulando a la recuperación de la enfermedad y actuando como amortiguador entre los eventos estresantes de la vida.

Los sujetos que padecen esta infección se encuentran vulnerables al rechazo y pueden guardar sentimientos de culpa generados por su preocupación de poner en peligro a otros. Fernández (2013) menciona que las personas que sufren exclusión social y situación de inferioridad, presentan consecuencia psicológicas como baja autoestima, depresión, aislamiento y desesperanza, conllevando a un riesgo de conducta suicida.

En relación a la variable riesgo suicida se encontró que el 41,4% de los pacientes con tuberculosis presentaron una alta probabilidad de riesgo, el 39,7% riesgo de suicidio, el 12,1% no mostraron riesgo suicida y el 8,6% evidenció tendencia al riesgo (tabla 7). De igual manera Castellano y Soza (2014) en su trabajo de investigación “Ideación suicida entre pacientes con VIH y tuberculosis realizado en Perú” evidenciaron que el 73% de pacientes con TBC presentaron un nivel medio de ideación suicida y el 25% bajo; esto quiere decir que en algún momento pensaron atentar contra su vida. Así también, Gatti, Díaz, Mulugueta y Simi (2011) en su trabajo de investigación “Prevalencia de depresión e ideación suicida en pacientes con VIH-SIDA, del Hospital Adventista de África”, encontraron que un 38,5% tenían tendencia al suicidio. Este alto porcentaje, se explicaría por el sentimiento de desesperanza y de tristeza grave que se posee al saber que se padece de esta enfermedad.

Con respecto a las investigaciones anteriores, Blanca y Reyes (2007) mencionan que los factores de riesgo esenciales para el intento suicida en pacientes son: Personas sin apoyo social, antecedentes familiares de suicidios o de intentos, desesperanza, sentirse excluido, enfermedades prolongadas, presencia de depresión mayor, entre otras. A su vez, Abramson et al. (citado por Castellano y Soza 2014) hacen un mayor énfasis en la presencia de la desesperanza como elemento de las conductas suicidas, y afirman que cuando una persona

cree que las cosas buenas son improbables de sucederle o que las cosas malas sucederán y que no podrá hacer nada para detenerlas, la depresión-desesperanza está formada. Este elemento cognitivo hará probable la presencia del suicidio como el único recurso que las personas tienen, o bien para salir de la situación desesperada, o bien para sentir que tienen un último sentido de control en sus vidas.

De igual forma Palacios, Rueda, y Valderrama (2006) realizaron un trabajo de investigación que tuvo como objetivo “hallar la relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA que residen en Bogotá”. La muestra estuvo conformada por 75 pacientes de los cuales se mostraron que solo 29 personas tenían ideación suicida y 10 intención suicida. Con respecto al estudio anterior, Tellería (2008) considera que cualquier enfermedad física o crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena, llega a ser un factor de riesgo importante en el suicidio. Paz (2012) considera que la TBC en su primera fase es una enfermedad altamente contagiosa y de transmisión predominantemente aérea, recomendando así que el paciente tenga el menor contacto posible con la sociedad, para prevenir el contagio. Esto conlleva a que él se sienta limitado en realizar sus actividades induciendo a presentar bajos estados de ánimos y finalmente aislamiento social.

Alvarado, Álvaro, Garrido, y Schweiger (2010) afirman en su estudio “Causas sociales de la depresión” que las personas que muestran un mayor apoyo social y un mayor distanciamiento de los problemas manifiestan menos déficit depresivo. Asimismo, Toro, Paniagua, González, y Montoya (2009) resaltan que la depresión y la disfunción familiar o falta de apoyo familiar se encuentran entre los principales factores de riesgo suicida. Por lo

tanto, cuando el apoyo familiar y social son cálidos, estrechos y cooperativos, las personas se fortalecen y se fomenta la libre y creadora evolución personal; en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la incertidumbre y puede generar la ideación e incluso el intento suicida (Toro, Paniagua, Gonzáles y Montoya 2006).

Por otro lado, Paz (citado por Asenjo, 2011) sostiene que la importancia de tener un adecuado equilibrio en las dimensiones del soporte social, radica en la posibilidad de disminuir o anular los efectos nocivos de una situación de crisis que puede poner en riesgo la vida. Como se ha mencionado anteriormente, hay evidencia que nos indica que el soporte social tiene una gran influencia en la vida de las personas, ya que hay una estrecha relación entre la red de soporte social y el sujeto que recibe apoyo práctico, emocional y ayuda referida a un problema actual habiendo disponibilidad y reciprocidad entre estos; tratándose de una enfermedad, eventos generadores de stress o de la adaptación a la comunidad.

Al relacionar la dimensión “Apoyo emocional” y “riesgo suicida” no se encontró relación con un P – valor de 0,768 (Tabla 9). El 22,4% de los pacientes que indicaron un apoyo emocional medio presentaron alta probabilidad de riesgo suicida; asimismo, el 10,3% que indicaron un bajo apoyo emocional medio también evidenciaron una alta probabilidad de riesgo (Tabla 8). De igual manera Rivera y Andrade (2006), reafirma que la familia puede ser un factor protector o de riesgo respecto al intento suicida. En diversos estudios se reporta consistentemente que el principal factor disparador de intento suicida son conflictos familiares, sobre todo relacionados a la falta de apoyo emocional que puedan brindar. Por otro lado, la percepción de unión y apoyo emocional dentro del hogar son los recursos con marcadas diferencias entre los jóvenes que no han intentado suicidarse y los que sí lo han intentado.

Con respecto a lo anterior Schütz y Mara de Melo (2013) refieren que el apoyo emocional es importante debido a que disminuye la ansiedad y aumenta la capacidad de la persona para lidiar con las situaciones estresantes y de riesgo. De este modo, el apoyo emocional puede ser considerado benéfico en personas que se encuentran con algún tipo de enfermedad, puesto que es más difícil enfrentar la situación sin la ayuda y amparo de personas que son consideradas de confianza y que poseen una relación afectiva con el enfermo. Vinaccia et al. (2014) realizaron un estudio sobre: “Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar” cuyos resultados revelaron que los pacientes percibían en mayor frecuencia el apoyo emocional de la familia; sin embargo, el apoyo se percibía como pobre. Por el contrario, los pacientes señalaron estar más satisfechos con el apoyo social percibido por el personal de salud y por los amigos en razón de que escuchan, acompañan y distraen. Cabe destacar que no solo es el grado de porcentaje que perciba el paciente en cuanto al apoyo que recibe, sino la calidad de las relaciones que establece con su entorno para generar bienestar y satisfacción en las distintas dimensiones de vida.

Con respecto a la relación de la dimensión “apoyo afecto – cariño” y “riesgo suicida” no se encontró relación con un P-valor de 0,728 (tabla 11). El 25,9% de los pacientes que indicaron un apoyo afecto cariño medio presentaron una alta probabilidad de riesgo y el 10.3% que presentaron un apoyo bajo evidenciaron una alta probabilidad de riesgo (tabla 10). Con relación a lo anterior Campos (2004) refiere que tener un grupo de apoyo trae muchos aspectos positivos para prevenir el riesgo al suicidio, la importancia de relacionarnos con los demás satisface muchas necesidades y favorece a la persona, porque

al recibir afecto y amor por parte de amigos y familiares hace que el individuo se sienta amado creando un mecanismo de defensa que previene el suicidio.

Guel et al. (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado “Percepción de estigma social en pacientes con tuberculosis de Zacatecas”, encontrando las siguientes manifestaciones: “Si a mis niños luego luego los apartan y no dejan que me abracen”, “Si las que decían ser mis amigas ahora ni me hablan”, “Mi esposo sí me apoya, pero ya no está junto a mí”. Los participantes a su vez refirieron que desde que tuvieron la enfermedad ya no reciben cariño por parte de sus familiares y amigos.

Cabe destacar que las enfermedades incluyen cambios en los estilos de vida que pueden generar el aislamiento o rechazo para evitar el contagio. Es así que se ven alejados del afecto de los niños, cónyuges y miembros de la familia. Esto no es necesario ya que existen muchas medidas preventivas para evitar el contagio, el dejar de recibir afecto solo hará que el paciente deje de valorarse asimismo, perdiendo su integridad, su deseo por recuperarse y por vivir. A su vez Ramírez (2007) en su trabajo de investigación “Calidad de vida y apoyo social de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica” encontró que el 55,1% de los pacientes presentaron un buen apoyo afectivo, siendo así que los pacientes que presentaron mayor apoyo afectivo percibieron y afrontaron mejor su enfermedad, tuvieron una mejor perspectiva de su vida y tuvieron una pronta recuperación.

En cuanto a la relación de la dimensión “instrumental” y “riesgo suicida” no se encontró relación con un P-valor de 0,201 (tabla 13). El 29,3% de los pacientes que indicaron un apoyo instrumental medio presentaron una alta probabilidad de riesgo (tabla 12).

Asimismo Pérez et al. (2008) realizaron un trabajo de investigación titulado “Factores asociados al intento suicida e ideación suicida en un centro de atención primario” refiriendo que el 9% de los pacientes mencionaron que los problemas económicos son uno de los principales conflictos que los llevan a cometer un intento suicida; otro factor significativo con la persistencia de ideación suicida fue estar sin trabajo. De igual forma Inquilla (2013), en su trabajo de investigación “Representaciones sociales sobre el suicidio en estudiantes de una universidad en Puno” señaló que el 12% de los jóvenes refirieron que la falta de dinero es un factor que se asocia al suicidio. El “apoyo instrumental” se conoce como la provisión de ayuda material o tangible que pueda necesitar el paciente en un momento determinado por parte de la familia, amigo u otros, para poder afrontar de una mejor manera su crisis (Rodríguez y Carmelo, 2007).

Por otro lado Fabelo, Iglesias, Bachir, Ramirez y Amador (2012) en su trabajo de investigación “Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación”, mostraron que la percepción de soporte instrumental, obtuvo un rango bajo evidenciando que el apoyo económico por parte de los familiares, amigos e instituciones es limitado. Torres (2002) refiere que el apoyo instrumental ofrece al individuo confianza para poder afrontar sus problemas y enfermedad, a su vez menciona que el individuo no solo necesita un apoyo instrumental, sino también es vital la información que se le brinda, para que este pueda usarla frente a situaciones problemáticas.

En cuanto a la relación de la dimensión “Interacción social positiva” y “riesgo suicida” no se encontró relación con un P – valor de 0,844 (tabla 15). El 27,6% de los pacientes que indicaron un apoyo interacción social positiva medio presentaron alta probabilidad de riesgo suicida (tabla 14). Un dato importante confirmado a nivel mundial es que el suicidio

es menos frecuente entre personas que cuentan con un grupo de apoyo, ya sea de amigos, familiar o religioso. El tener fuertes vínculos sociales los protegerán frente a actos autodestructivos (Campos, 2004). Asimismo, Quevedo et al (2015), manifiestan que la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad, familia o amigos constituye una importante fuente de apoyo pero no influye directamente en la conducta suicida ya que eso depende de los factores protectores que la persona posee.

Rodríguez y Carmelo (2007) reafirman que la interacción social positiva solo permite tener una noción de la posibilidad que tiene el sujeto de contar con personas para comunicarse y compartir momentos agradables que le sirvan para olvidar los problemas y relajarse. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos (Rueda, 2013).

En este contexto, Garay (2005) menciona que la familia constituye la red de apoyo natural del individuo; es la mejor fuente de apoyo social y personal del que dispone el enfermo, tanto en los periodos de dependencia como en los de independencia, siendo así el único apoyo que tiene continuidad en el tiempo. Además Balcázar, Ramírez y Rodríguez (2015) reafirman que la red de apoyo familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad.

En el estudio se encontró que existe relación entre el número de familiares y el soporte social en los pacientes con tuberculosis (tabla 17). Siendo así que el 8,6 % de los pacientes con un soporte social de escaso y déficit presentan cero familiares que lo apoyan, el 25,9% con un soporte social escaso presenta solo un familiar y el 8,6% con un soporte social

bueno presenta cuatro familiares (tabla 16). Álvarez, Correa, y Uribe (2009) realizaron un trabajo de investigación cualitativo titulado “Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con tuberculosis”, en la cual se menciona que los pacientes señalaron que la cercanía de su familia se convierte en un estímulo grande para lograr una recuperación total de su enfermedad pero, a la vez, los temores de la familia al contagio dan lugar a situaciones de exclusión que resultan estigmatizantes (no demostraciones físicas de afecto, separación de implementos de cocina y lugar de descanso). Esto, a su vez, y de manera paradójica, se convierte en un estímulo para seguir el tratamiento ya que, si se recuperan estarán de nuevo cerca de sus familias. Vinaccia et al. (2007) mencionan que el bajo soporte familiar que perciben los pacientes se debe en parte a las creencias y mitos que la sociedad ha construido con respecto a la tuberculosis que directa o indirectamente puede afectar la calidad de las relaciones interpersonales, ya que este tipo de enfermedad inevitablemente modifica los estilos de vida y las conductas de salud tanto del enfermo como de sus familiares y allegados.

Por lo tanto se evidencia que el soporte familiar se relaciona directamente con pacientes con tuberculosis pulmonar. Cuando se percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, el paciente se siente más confiado y motivado, no solo a culminar con el tratamiento sino también a reinsertarse a su vida cotidiana aumentando su autoestima (Quevedo, et al 2015).

Finalmente, al relacionar las variables “soporte social” y “riesgo suicida” se encontró que no existe relación significativa con un p-valor de 0,226 (tabla 5). Sarmiento, Sanchez, Vargas y Alvarez (2010) en su trabajo “Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales” encontraron que los factores desesperanza y culpa representan un riesgo que hace 70,43 veces más probable la aparición de un intento suicida. De igual forma

la depresión tuvo una relación significativa de causalidad en el intento suicida con un riesgo de 14,15 veces (p valor 0,002). En el presente estudio, las dimensiones más afectadas fueron la interacción social positiva y el apoyo afecto cariño con valores de 58,6% y 55,2% respectivamente. Esto podría explicar la falta de relación entre las variables, ya que el cuestionario de soporte social no considera a la desesperanza y culpa como parte de alguna dimensión. Por otro lado, el instrumento riesgo suicida no considera la depresión como un factor que predispone al individuo al intento de suicidio. Balcázar et al. (2015), en su estudio titulado “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis” encontraron que el 94,7 % de los pacientes encuestados presentaron trastornos y síntomas depresivos. La guía de salud de España (2008) menciona que la depresión es uno de los factores más asociados a la conducta suicida, estimándose que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave. Asimismo, Ceballos et al. (2015) consideran que la depresión funciona como un predictor del riesgo suicida debido a que antes que esta conducta exista la persona transita por un cuadro depresivo.

Cabe mencionar que en la relación entre el número de familiares que lo apoyan y el riesgo suicida no se encontró asociación en las variables (tablas 19), siendo así que el 6,9% de los pacientes que contaban con cuatro familiares que les apoyaron en momento de enfermedad presentaron alta probabilidad de riesgo suicida (Tabla 18).

Por otro lado Arenas, Gómez, y Forns (2011) indicaron que la reacción de los individuos ante las adversidades de la enfermedad varía en función de los recursos personales que la persona conserva. Existen personas que a pesar de vivir bajo condiciones adversas no cometen suicidio; esto se debe a los factores protectores que cada individuo posee. Everall,

Altrows y Paulson (2006), hablar de factores protectores ante el riesgo de suicidio, mencionan que estos contribuyen a que los individuos se adapten de manera adecuada a situaciones adversas, haciendo referencia a la resiliencia, siendo este un constructo que conduce a la persona a la adaptación positiva ante situaciones de riesgo.

A pesar de que no se logró la relación entre ambas variables, el estudio demostró que existe un escaso soporte social y un alto riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación con los objetivos, el estudio contempla las siguientes conclusiones:

- El 58% de los pacientes presentaron un escaso soporte social y el 10,3% déficit de soporte social.
- El 41,4 % de los pacientes presentaron alta probabilidad de riesgo, el 39,7 % riesgo de suicidio y el 10,3 % no presentaron riesgo suicida.
- No existe relación significativa entre el soporte social y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo (P valor de 0,226).
- No existe relación significativa entre el apoyo emocional y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis Microred de Chaclacayo con un P valor de 0,768 mediante el estadístico Tau-b de Kendall.

- No existe relación significativa entre el apoyo afecto - cariño y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo con un P valor de 0,728 mediante el estadístico Tau-b de Kendall.
- No existe relación significativa entre el apoyo instrumental y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo con un P valor de 0,201 mediante el estadístico Tau-b de Kendall.
- No existe relación significativa entre el apoyo interacción social positiva y riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo con un P valor de 0,844 mediante el estadístico Tau-b de Kendall.
- Existe relación significativa entre el número de familiares y el soporte social en los pacientes con tuberculosis, con un P-valor de 0,002 mediante el estadístico Rho de Spearman.
- No existe relación entre el número de familiares y el riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis de la microred de Chaclacayo con un P-valor de 0,226 mediante el estadístico Rho de Spearman.

2. Recomendaciones

Al finalizar el trabajo de investigación se desea que haya una mejora continua del mismo, por lo tanto se plantea las siguientes recomendaciones:

- A los Directores de los Centros de Salud se recomienda organizar programas de intervención psicológica a los pacientes que participen del programa de PCT, para identificar y satisfacer las necesidades de cada paciente; asimismo garantizar la participación permanente en el servicio de psicología. Por otro lado, ejecutar capacitaciones en orientación y consejería de los aspectos psicosociales en el personal de salud que trabaje en el programa de PCT. De igual manera se recomienda crear talleres psicoeducativos para mejorar la relación con el enfermo.
- A las enfermeras encargadas del servicio de PCT de los Centros de Salud de la microred de Chaclacayo se les sugiere brindar un mejor apoyo en las cuatro dimensiones de la variable soporte social, ya que se lograría ofrecer una atención integral al paciente con tuberculosis. De la misma manera, desarrollar un amplio programa de información y educación con la familia del paciente de tuberculosis, con el objetivo de ampliar, reforzar y efectivizar el soporte social, especialmente en las dimensión afecto/cariño y emocional; por otro lado prestar mayor atención al enfermo con TBC debido a que su perfil psicológico según el estudio indica alta probabilidad de riesgo suicida.

- Se recomienda reforzar las visitas domiciliarias, enfocándolas en un aspecto psicosocial para identificar las carencias y fortalecer los lazos familiares. Finalmente planificar nuevas investigaciones, entre ellas algunas que se enfoquen en ampliar los factores que generan riesgo suicida en los pacientes con tuberculosis.

- A los estudiantes de Enfermería se recomienda reforzar y ampliar la visión en la importancia de las visitas domiciliarias y la educación continua sobre la enfermedad desde un aspecto humano y social. De la misma manera concientizar y promover valores en los futuros profesionales de Enfermería para que brinden cuidados humanizados y un buen apoyo emocional.

Referencias Bibliográficas

- Adell, C. B. (2002). Exclusion social : origen y características. *Facultad de Letras. Universidad de Murcia*, 1–34.
- Adina, M., Necrelescu, O., Bondor, C., Trofor, A., Alexandrescu, D., Dantes, E., Napoca, C. (2011). Depressive syndrome , anxiety and illness perception in Tuberculosis patients. *Recent Researches in Modern Medicine*, 978(3), 243–248.
- Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología Y Salud*, (56). Retrieved from <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Álvarez, M. (2011). evaluación e intervención del riesgo suicida (Intervention and evaluation of suicidal risk). *Seguridad Del Paciente En Salud Mental: Suicidio*, 1–15.
- Álvarez. J. (14 de abril de 2014). Cusco: paciente con tuberculosis se suicido dentro de hospital. *La republica*, p6. Recuperado de: <http://larepublica.pe/14-04-2015/cusco-paciente-con-tuberculosis-se-suicido-dentro-de-hospital>.
- Álvarez, M., Correa, M., & Uribe, M. (2009). Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con Tuberculosis. *Medician UPB*, 28(1), 22–32. Retrieved from http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera6_8.pdf
- Álvaro, J. L., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333–348. <http://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- Angarita, V., & Gonzales, E. (2009). Apoyo social : elemento clave en el afrontamiento, 1–11.
- Arenas, P., Gómez, E., & Forns, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. Differential personality indicators in the face of suicidal risk in adolescents. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación / E Avaliação Psicológica*, 32(2), 79–80. Retrieved from <https://login.ezproxy.net.ucf.edu/login?auth=shibb&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-18451-004&site=eds-live&scope=site\npauldani@yahoo.com>
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16–23.
- Asenjo, G. del C. P. (2011). Soporte social y calidad de vida en adolescentes trabajadores del distrito de San Martín de Porres.

- Balcázar, L., Ramírez, L., & Rodríguez, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista Especialidades Médicas Quir*, 20, 135–143.
- Barros, T., Soto, A., & Sipion, F. (2013). Escuela de la promoción de la salud, 1–17. Retrieved from <https://alejandroeuem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocion3b3n-de-la-salud.pdf>
- Beltrán, O. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan*, 8(1), 50–63. <http://doi.org/10.5294/123>
- Blanca, S., & Reyes, W. (2007). Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria, 15(2), 117–123.
- Bott, R. (2014). Informe de la IV reunión regional de jefes de programas nacionales de control de tuberculosis. *Igarss 2014*, (1), 1–5. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Buendía, L. Cólas, P. Hernandez, P. (2001). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. España: Mc Graw Hill.
- Burgoyne, R. y Renwick, R. (2004). Social Support and Quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Social Science Medicine*, 58, 1353-1366.
- Cáceres, F. D. M., & Orozco, L. C. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, 498–504.
- Caceres, F. de Maria. (2004). Del tratamiento antituberculoso.
- Campo, A., & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública*, 10(5), 831–839. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
- Campos, R. (2004). Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. 58.
- Cano, P., Pena, José M., & Ruiz, M. (2009). Título : Autores : Institución :, 1–26.
- Carransa, M. (2010). Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales.
- Castellano, R., & Soza, F. (2014). Ideación suicida entre los pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 1–75. Retrieved from http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/236/1/carrillo_grecia_factores_psicosociales.pdf.

- Ceballos, G., Suárez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., & Sotelo, A. (2015). Suicidal ideation, depression and self-esteem in teenagers school in Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 4. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5053066&info=resumen&idioma=SPA>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental -FEAFES-. (2006). Afrontando la realidad del suicidio: Orientaciones para su prevención, 39.
- Crespo, M., & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*.
- Cuba, M. A. S. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al, 17(1), 60–67.
- Culqui, D. R., E, C. V. M., Grijalva, C. G., Cayla, J. A., Horna-campos, O., Alva, K., & Suarez, A. O. (2016). Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú, 48(5), 150–155. <http://doi.org/10.1016/j.arbres.2011.12.008>
- De la Cruz, M. (2004). Tuberculosis y afectividad (Rev. Cubana de Medicina Tropical), 56(3), 1–5.
- Díaz, N., Beristaín, I., & Díaz, M. (2011). Proceso Enfermero Basado en el Modelo de Promoción de la Salud, 19, 139–143.
- Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a Future: A study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Fabelo, J., Iglesias, S., Bachir, S., Ramirez, A., & Amador, J. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. Justo Reinaldo Fabelo Roche , Serguei Iglesias Moré , Salami Bachir Orozco , Annelie Ramirez Muñoz y Jesus Amador Montejo, 9(1).
- Fachado, A. A., Rodríguez, M. M., & Castro, L. G. (2013). Apoyo social : Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*, 19, 118–123.
- Fergusson, M. E. M. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*, 5(1), 12. <http://doi.org/10.5294/58>
- Fernandez, A., & Manrique, A. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, 1–9.

- Fernández, F. (2013). Crisis, desigualdad, pobreza y exclusión. Retrieved from http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/CRISIS_DESIGUALDAD_POBREZA.pdf
- Fernandez, M. L. (2013). Bases históricas y teóricas de la enfermería. Retrieved from [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(II\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(II).pdf)
- Fuentes, L. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Sociopolitical approach for tuberculosis control in Peru*, 26(3), 370–379.
- Galvis MA. *Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica*. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1108-20.<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- Galván, G. (2009). La enfermera en la red social de apoyo, 17(330), 61–62.
- Garay, J. (2005). Guía técnica de enfermería para la prevención y control de la tuberculosis.
- Gatti, G. P., Díaz, A. E., Mulgueta, S. & Simi, M. R. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes VIH-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo Día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 48–56. Retrieved from http://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf
- Gomez, A. (2001). Conducta suicida.
- Gomez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio : enfoque actualizado update on assessment of suicidal risk, 23(5), 607–615.
- Gracia, C., & Mur, E. (2009). Actuacion inicial ante conductas suicidas.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social : Evaluación E Implicaciones En Los Ámbitos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327–342. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>
- Guel, G., García, P., Herrera, J., & Sanchez, F. (2012). Percepción del estigma social en pacientes con tuberculosis jurisdicción sanitaria 1, Zacatecas, 1–14.
- Guía de Salud de España. (2008). Definición, factores de riesgo y diagnóstico, 23–32.
- Hernandez, R. Fernandez, C. Bautista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Inquilla, J. (2013). Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del altiplano Puno-Perú. *Comunicación*.

- Jave, O. 2011. Análisis de la carga regional de tuberculosis en el Perú (tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: .pe):http://www.imtunmsm.epiredperu.net/eventos/aniversario2011/cursosb/ponencias/01_Jave_TB_Peru.pdf
- La, S., & Para, C. R. (2013). Informe mundial sobre la tuberculosis 2013. *Organizacion Mundial de La Salud*, 1–5.
- Lara, V. (2012). Acciones de atención que realiza la enfermera al paciente con intento de Suicidio. *Tfg Ciencias Medicas*.
- Ley general de salud. (1997). Normal legales.
- Martín, S., Azpeitia, T., Marcús, A., & Martín, A. (2009). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales, *3ra edición*, 4,5. Retrieved from <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>
- Mejía, M., Sanhueza, P., & Gonzales, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio, (0718-7203), 15–25.
- Mendoza, A. (23 de marzo de 2010). Perú es el segundo país de la región con mas casos de TBC. *Perú 21*, p3. Recuperado de: <http://peru21.pe/noticia/451064/peru-segundo-pais-region-mas-casos-tbc>.
- Ministerio de Sanidad. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 398.
- Musayón, F., Lonchairich, N., Salazar, M., Leal, H., Silva, I., & Velásquez, D. (2010). El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis : una discusión desde la perspectiva de la equidad. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(1), 1–9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf
- Nagui, M. (2005). Metodología de la investigación. México. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=ZEJ7-0hmvhwC&oi=fnd&pg=PA219&dq=Naghi,+2005&ots=i-8yA1Tc2-&sig=54aU1g_bNRfYZTVX9qiwGe1gGvo#v=onepage&q=Naghi%2C%202005&f=false
- Nunes, M., Rigotto, D., Cardoso, H., & Rueda, F. (2012). Soporte social , familiar y autoconcepto relación entre los constructos, 29(005511), 1–18.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., & Rodríguez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander, 30(2), 371–406.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención del suicidio, recurso para consejeros. *Departamento De Salud Mental Y Abuso De Sustancias , Transtornos Mentales Y Cerebrales*.
- Ortego, M. del Carmen, López, S., & Álvarez, M. (2011). El apoyo social, 1–24.
- Palacios, X., Rueda, A., & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15(1), 25–38. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3245521.pdf> \n<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3245521>
- Pereda, M. (2011). Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem. *Noviembre*, 10(3), 163–167.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J., & Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374–385. <http://doi.org/10.1590/S0124-00642008000300002>
- Pérez, J., & Martin, F. (2005). NTP 439 : El apoyo social.
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 6(36), 835–845.
- Quevedo, L., Sánchez, R., Villalba, F., & Velásquez, D. (2015). Relationship of family and social support in implementing the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in health, 8(1), 11–16.
- Quintero, C. N. (2013). Factors associated with the abandonment of tuberculosis treatment in patients with TB Abstract Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose em pacientes com .
- Ramírez, R. (2007). Calidad de Vida y Apoyo Social de los Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, 9(4), 568–575.
- Reis, R., Vanderley, J., & Benedita, C. (2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con VIH / Sida, 19(4).
- Reyes, S. (2003). Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003.

- Ricaldoni, C. (23 de marzo de 2015). Existe alta prevalencia de tuberculosis en el país. *El deber Bolivia*, p5. Recuperado de: <http://www.eldeber.com.bo/bolivia/bolivia-segundo-pais-region-mayor.html>
- Rios, J. (2014). Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de huancayo, 1–169.
- Riquero, P. (2012). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012, 1–51.
- Rivera, M., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología Y Educación*, 23–40.
- Robledo, M. P. (2007). Salud Mental Debe Saber. *Revista Peruana de Pediatría*, 60(1), 2005–2008.
- Robles, J., Acinas, P., & Pérez, J. ose. (2013). Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida., 449–450.
- Roca, I., & Rojas, B. (2002). Pobreza y exclusión social: una aproximación al caso peruano. *Bull. Inst. Fr. Études Andines*. Recuperado de: [http://www.ifeanet.org/publicaciones/envio_pdf.php?url=http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/31\(3\)/699.pdf&peso=78395§or=Publicaciones](http://www.ifeanet.org/publicaciones/envio_pdf.php?url=http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/31(3)/699.pdf&peso=78395§or=Publicaciones)
- Roda, A. B. L. De, & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(Número 1), 17–23. Retrieved from <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7841>
- Rodríguez, E., Villarubia, S., Martínez, E., Amillategui, R., Sastre, M., Díaz, O., ... Noguera, I. (2014). Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España ., 1–33.
- Rodríguez, S., & Carmelo, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate 7: Psicología, Cultura Y Sociedad*, 155–168.
- Rojas, M. (2007). *Atencion de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas*.
- Rojas Tello, G. (2006). Actitudes de la familia hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el centro de salud tablada de lurin noviembre diciembre 2005.
- Romero, C. (2004). Diferencias de genero en las redes de apoyo social entre los paciente con tuberculosis pulmonar: estudio cualitativo en dos poblados del estado de Veracruz, Mexico. 17.

- Rueda, F. (2013). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53).
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ruiz-jarabo, P. C., & Blanco, P. (2006). Prevención y Detección .1–2.
- Sánchez, J., Villareal, M., & Gonzales, M. (2012). Capítulo 12. ideacion suicida, (1642).
- Sarmiento, Z., Sanchez, S., Vargas, I., & Alvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales, *14*(8), 1054–1060.
- Sausa, M. (23 de marzo de 2014). Tuberculosis en Perú: cifra baja, pero seguimos liderando el ranking. *Perú 21*, p4. Recuperado de:
<http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos-liderando-ranking-2175444>
- Schütz, A., & Mara de Melo, C. (2013). La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedades crónicas una revisión de literatura. *Enfermería Global*, *30*, 399–409.
- Serpa, J. A., Teeter, L. D., Musser, J. M., & Graviss, E. A. (2009). Tuberculosis Disparity between US-born Blacks and Whites , *15*(346), 899–904.
<http://doi.org/10.3201/eid1506.081617>
- Tellería, C. (2008). “ Niveles de depresión riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer ”.
- Toro, D., Paniagua, R., González, C., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, *27*(3), 302–308. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n3/v27n3a07.pdf>
- Torres, C. a, & Varón, F. a. (2010). Guías de Práctica Clínica: Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. *Fundación Neumológica Colombiana*, (Salud), 17.
- Torres, M. (2002). Universidad Nacional Mayor de San Marcos “ Estudio Comparativo en Enfermos con Tuberculosis Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte Social ”.
- Ugarte, C. (2009). Artículo de opinión, *26*(1), 55–57.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología Y Salud*, *15*(2), 207–220. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/805>

- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., & Olga, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, *23*, 245–252.
- Virgen, I. E. S. (2011). Social and cultural approach to the phenomenon of suicide. *Ethnic American Indian communities José Manuel Corpas Nogales*, *27*(2), 1–15.
- White, E. (1997). *Ministerio de curación*. (pp. 241). Argentina: asociación casa editora Sudamericana.
- White, E. (1997). *El deseado de todas las gentes*. (pp. 228). Argentina: Sudamericana.

Apéndices

Apéndice 1. Instrumentos de recolección de datos:



Cuestionario de MOSS de Apoyo Social.

Muy buenos días señor (a). Somos estudiantes de la Universidad Peruana Unión y estamos realizando una encuesta, que es anónima (no tiene que dar su nombre ni su dirección) Los datos serán tratados con total confidencialidad. Esperando contar con su consentimiento para hacerle algunas preguntas, iniciamos la encuesta.

I. DATOS PERSONALES

1. Género: Femenino Masculino
2. Edad: 16-25 26-35 36-45
46-55 56- 64 65 a más
3. Estado Civil: Casado Conviviente Soltero
Viudo Divorciado

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

4. Grado de instrucción:

Primaria Secundaria Superior / Técnico Superior/univ.

III. PERCEPCIÓN SOPORTE SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?

(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos y familiares

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

Ítems de evaluación	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Cuestionario de tendencia suicida de Pöldinger.

ITEMS	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
1. ¿Has estado pensando en quitarte la vida últimamente?		
2. ¿La idea de quitarte la vida se te presenta frecuentemente?		
3. ¿se te presentan las ideas repentinamente?		
4. ¿Te has imaginado alguna forma de cómo te quitarías la vida?		
5. ¿Has hecho algún preparativo para suicidarte?		
6. ¿Has comunicado a alguien tus pensamientos suicidas?		
7. ¿Alguna vez llevaste a cabo el intento suicida?		
8. ¿Alguien de entre sus familiares o amigos conocidos se han quitado la vida?		
9. ¿Consideras desesperada tu situación?		
10. ¿Te cuesta pensar en otra cosa que no sean tus problemas?		
11. ¿Has dejado de visitar a tus parientes, amigos y conocidos en los últimos meses?		
12. ¿Aun buscas divertirte y entretenerte en hobbies y aficiones con tus amigos?		
13. ¿Tienes con quien hablar de tus problemas, tanto abierta como reservadamente?		
14. ¿Vives con tu familia o algún conocido?		
15. ¿Te vinculas frecuentemente con familiares, actividades académicas o ambas cosas?		
16. Asistes con frecuencia a un grupo religioso o ideológico habitualmente?		

Apéndice 2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presenta trabajo de investigación está a cargo de Bethzabe Velásquez Corrales y Briggit Mamani Guzmán estudiantes del X ciclo académico de la E.A.P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión, y cuenta con la autorización de la Microred de Chaclacayo. Tiene como propósito Identificar la relación entre el soporte social y riesgo suicida en pacientes con Tuberculosis de la Microred de Chaclacayo

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de ésta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas para mantener el anonimato, y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. No existen riesgos aparentes para usted al participar en este estudio.

Tiene derecho de hacer cualquier pregunta al respecto a las investigadoras. Con su participación, usted contribuirá a incrementar el conocimiento acerca del tema en estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el

Firma



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludDirección de Red de
Salud Lima Este
MetropolitanaMICRORED
CHAACLACAYO"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

MEMORANDUM CIRCULAR N° 185 -2015-J-MRS-CH

A : A MEDICOS CET DE LOS EE.SS. DE LA MR CHACLACAYO

DE : Dra. Carmen Rojas Julian
Jefe de la Microred Chaclacayo

ASUNTO : *El que se Detalla*

FECHA : *Chaclacayo 20 de Agosto del 2015*

Mediante el presente me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, y poner en conocimiento que las alumnas de la Escuela Profesional de Enfermería del IX Ciclo Academico.

- BRIGGIT MAMANI GUZMAN
- BETHZABE VELÁSQUEZ CORRALES.

Realizarán un PROYECTO de tesis titulado "SOPORTE SOCIAL E IDEACION SUICIDA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MR-CHAACLACAYO" durante los meses de Setiembre a Noviembre del año en curso, por lo que se sirvá brindar facilidades del caso.

Sin otro prticular me suscribo de Usted.

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIO DE SALUD
MICRORED CHACLACAYO

.....
Dra. Carmen Rojas Julián
CMP N° 38459
JEFE DE MR CHACLACAYO

CRJ/epc
C.c.Coord. Admin MR. CH.
Ofic. RR.HH
Archivo

Apéndice 4. Datos de la prueba de confiabilidad

Tabla 20

Análisis de fiabilidad del instrumento “soporte social de MOSS”

Estadísticas de Fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,973	19

Tabla 21

Análisis confiabilidad del instrumento Riesgo suicida de Poldinger

Estadísticas de Fiabilidad	
KR 20	N de elementos
,716	16

Apéndice 5. Resultados descriptivos

Tabla 22

Prueba de normalidad para las variables soporte social y riesgo suicida

	Kolmogorov-Smirnova		
	Estadístico	GI	Sig.
Soporte social	.106	58	.164
Riesgo suicidio	.163	58	.001

Tabla 23

Prueba de normalidad de las dimensiones de soporte social

	Kolmogorov-Smirnova		
	Estadístico	GI	Sig.
Apoyo Emocional	.078	58	.200
Apoyo Instrumental	.115	58	.055
Apoyo Interacción social positiva	,093	58	,200
Afecto – cariño	,105	58	,171

Tabla 24

Ítems de la dimensión soporte emocional

Soporte social- dimensión soporte emocional											
	Nunca		pocas veces		algunas veces		la mayoría de veces		siempre		
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%	
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	13	22,4	19	32,8	13	22,4	8	13,8	5	8,6	
Alguien que le aconseje cuando tiene problemas	17	29,3	18	31	10	17,2	10	17,2	3	5,2	
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	11	19	25	43,1	13	22,4	5	8,6	4	6,9	
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	10	17,2	19	32,8	17	29,3	6	10,3	6	10,3	
Alguien cuyo consejo realmente desee	16	27,6	15	25,9	19	32,8	4	5,7	4	5,7	
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	13	22,4	13	22,4	18	25,7	7	12,1	7	12,1	
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	14	24,1	17	29,3	18	31	5	8,6	4	6,9	
Alguien quien comprenda sus problemas	12	20,7	20	34,5	17	29,3	2	3,4	7	12,1	

Tabla 25

Ítems de la dimensión afecto- cariño

Soporte social- dimensión afecto cariño											
	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		La mayoría de veces		Siempre		
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	
Alguien que le muestre amor y afecto.	17	29,3	12	20,7	14	24,1	8	13,8	7	12,1	
Alguien que lo abrace.	14	24,1	16	27,6	14	24,1	7	12,1	7	12,1	
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	13	22,4	19	32,8	18	31,0	3	5,2	5	8,6	

Tabla 26

Ítems de la dimensión interacción social positiva

Soporte social- dimensión interacción social positiva											
	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		La mayoría de veces		Siempre		
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	
Alguien con quien pasar un buen rato.	13	22,4	17	29,3	16	27,6	6	10,3	6	10,3	
Alguien con quien pueda relajarse.	11	19	18	31	19	32,8	7	12,1	3	5,2	
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	15	25,9	13	22,4	20	34,5	4	6,9	6	10,3	
Alguien con quien divertirse.	15	25,9	15	25,9	21	36,2	3	5,2	4	6,9	

Tabla 27

Ítems de la dimensión instrumental

Soporte social- dimensión instrumental										
	Nunca		pocas veces		algunas veces		la mayoría de veces		siempre	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	20	34,5	13	22,4	17	29,3	7	12,1	1	1,7
Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	17	29,3	18	31	16	27,6	4	6,9	3	5,2
Alguien que le prepare la comida cuando no puede hacerlo	12	20,7	16	27,6	19	32,8	6	10,3	5	8,6
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	13	22,4	14	24,1	19	32,8	8	13,8	4	6,9

Tabla 28

Ítems de la variable riesgo suicida

	Riesgo Suicida			
	SI		NO	
	N	%	N	%
¿Has estado pensando en quitarte la vida últimamente?	17	29,3	41	70,7
¿La idea de quitarte la vida se te presenta frecuentemente?	22	37,9	36	62,1
¿Se te presentan las ideas repentinamente?	36	62,1	22	37,9
¿Te has imaginado alguna forma de cómo te quitarías la vida?	32	55,2	26	44,8
¿Has hecho algún preparativo para suicidarte?	10	17,2	48	82,8
¿Has comunicado a alguien tus pensamientos suicidas?	12	20,7	46	79,3
¿Alguna vez llevaste a cabo el intento suicida?	9	15,5	49	84,5
¿Alguien de entre sus familiares o amigos conocidos se han quitado la vida?	33	56,9	25	43,1
¿Consideras desesperada tu situación?	41	70,7	17	29,3
¿Te cuesta pensar en otra cosa que no sean tus problemas?	40	69	18	31
¿Has dejado de visitar a tus parientes, amigos y conocidos en los últimos meses?	48	82,8	10	17,2
¿Aun buscas divertirte y entretenerte en hobbies y aficiones con tus amigos?	21	36,2	37	63,8
¿Tienes con quien hablar de tus problemas, tanto abierta como reservadamente?	35	60,3	23	39,7
¿Vives con tu familia o algún conocido?	54	93,1	4	6,9
¿Te vinculas frecuentemente con familiares, actividades académicas o ambas cosas?	15	25,9	43	74,1
Asistes con frecuencia a un grupo religioso o ideológico habitualmente?	16	27,6	42	72,4