



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“SOLEDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE
RECIBEN TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE LIMA
METROPOLITANA”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

Jeaniret Kimverly Yañez Figueroa

Asesor:

Mg. Claudia Karina Guevara Cordero

Lima - Perú

2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

La asesora, Claudia Karina Guevara Cordero, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de **PSICOLOGÍA**, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis de la estudiante:

- Jeaniret Kimverly Yañez Figueroa

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: SOLEDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA para aspirar al título profesional de: Licenciada en Psicología por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al o a los interesados para su presentación.


Mg. Claudia Karina Guevara Cordero
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis de la estudiante: Jeaniret Kimverly Yañez Figueroa para aspirar al título profesional con la tesis denominada: "SOLEDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA"

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado
Presidente

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado

DEDICATORIA

Se lo dedico a mi madre por estar siempre conmigo y aunque se le ha costado muchas cosas durante estos años, no me a abandonado. Por ser padre y madre al mismo tiempo, y ser un motivo más para salir adelante y no rendirme
Gracias madre por todo

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a mi madre y a mi abuela que me apoyaron en cuanto pudieron en la parte moral y económica, que me tuvieron paciencia y me alentaron a seguir adelante y no rendirme.

A mi mejor amiga, Evelyne Contreras por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas, por ser mi soporte y a la vez mi aliento cuando sentía que ya no podía más, que ahora no solo es mi mejor amiga, sino también es como una hermana.

También a mi coordinadora de internado Giovana Hernández, que estuvo conmigo aconsejándome, orientándome y alentándome a seguir adelante cuando las cosas parecían malas, que me vio llorar, reír, molestarme múltiples veces, ayudándome a convertir en algo bueno las cosas que parecían malas, por eso me encuentro eternamente agradecida.

Por último, a mi asesor de tesis Renzo Martínez quien de manera calmada me ayudo a encontrar el camino a mi tesis, cuando parecía que no tenía arreglo

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
RESUMEN.....	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	34
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	42
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	47
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Posturas teóricas del constructo Soledad.....	15
Tabla 2: Análisis descriptivo muestral de los puntajes de la Escala de Soledad.....	42
Tabla 3: Baremos percentilares de los puntajes de la Escala de Soledad de Jong Gierveld.....	44
Tabla 4: Distribución de frecuencias de la intensidad del sentimiento de soledad experimentado en los diferentes grupos muestrales.....	45
Tabla 5: Análisis comparativo de grupos independientes de los puntajes de la Escala de Soledad.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Multidimensional de la Soledad (De Jong-Gierveld, 1987).....	16
Figura 2: Análisis descriptivo de la distribución de datos.....	43

RESUMEN

El presente estudio, de diseño descriptivo-comparativo, tiene como objetivo explorar la prevalencia e intensidad del sentimiento de soledad en pacientes hospitalizados por el diagnóstico de tuberculosis, así como comparar la presencia de dicho constructo en función de la edad, tipo de diagnóstico, tiempo de hospitalización y duración del tratamiento. Para ello se cuenta con la participación de 25 pacientes (84% varones, $M_{edad}=23.72$ años, $DE_{edad}=9.43$) pertenecientes al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT). El instrumento empleado para la medición fue la Escala de Soledad de De Jong Gierveld [DJGLS]. Los resultados muestran que el 24% de los participantes perciben la soledad de forma intensa, 40% de ellos la perciben de forma leve y, 36%, de forma moderada. En cuanto a los grupos, se encontró una mayor proporción de adolescentes que experimentaron la soledad de forma intensa (38.5%) respecto a los adultos (8.3%); mientras que las personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar presentaron menor cantidad de casos de soledad intensa (15.4%) respecto al grupo conformado por los otros diagnósticos (33.3%). La comparación de medias entre los grupos independientes encontró diferencias estadísticamente significativas ($p>.05$), y de tamaño pequeño ($d<|.50$). Concluyéndose que éstas influyen en la intensidad de la soledad percibida por los pacientes.

Palabras clave: Soledad, Tuberculosis, Hospitalización

ABSTRACT

The present study, with a descriptive-comparative design, aims to explore the prevalence and intensity of the feeling of loneliness in patients hospitalized for the diagnosis of tuberculosis, as well as to compare the presence of said construct based on age, type of diagnosis, time of hospitalization and duration of treatment. To this end, 25 patients (84% male, $M_{age} = 23.72$ years, $[SD]_{age} = 9.43$) participated in the Tuberculosis Prevention and Control Program (PCT). The instrument used for the measurement was the De Jong Gierveld Solitude Scale [DJGLS]. The results show that 24% of the participants perceive loneliness intensely, 40% of them perceive it mildly and 36% moderately. Regarding the groups, a higher proportion of adolescents who experienced loneliness intensely (38.5%) compared to adults (8.3%) was found; while the people diagnosed with pulmonary tuberculosis presented fewer cases of intense loneliness (15.4%) compared to the group made up of the other diagnoses (33.3%). The comparison of means between the independent groups found statistically significant differences ($p > .05$), and of small size ($d < |.50|$). Concluding that you are influencing the intensity of loneliness perceived by patients.

Keywords: Loneliness, Tuberculosis, Hospitalization

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa (causada por la *Mycobacterium tuberculosis*), una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial, y la primera en la lista de causas de muerte por un agente infeccioso simple. Esta bacteria ataca principalmente los pulmones (TB pulmonar), pero puede alojarse en otras partes del cuerpo como los riñones, columna vertebral, cerebro, entre otros (TB extra-pulmonar) (Alarcón, Alarcón, Figueroa y Mendoza-Ticona, 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2016). La transmisión de este agente infeccioso se da a través del aire, cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsando dicha bacteria en su saliva o esputo (OMS, 2020).

La prevalencia de TB en el mundo se estimó en 10 millones de casos en el 2019, y afectó predominantemente a adolescentes, adultos y adultos mayores (casi en un 90% de los casos). Cerca del 8.2% tendrían co-infección tuberculosis-VIH (TB/VIH). Además, alrededor de 465000 casos corresponderían a tuberculosis resistente a la Rifampicina (TB-RR) y extensamente resistente (TB-XDR). La tasa de mortalidad por esta enfermedad se estima en 1.2 millones de decesos, y 208000 en casos de co-infección TB/VIH. A nivel geográfico, las regiones con mayor prevalencia de tuberculosis fueron: el sudeste Asiático (44% de la prevalencia mundial), seguida por África (25%) y la región del Pacífico Occidental (18%), y con menores índices en la regiones del Mediterráneo Oriental (8.2%), Las Américas (2.9%) y Europa (2.5%) (OMS, 2020).

En la región de Las Américas, se estimaron un total de 290000 casos (3% de la prevalencia mundial de tuberculosis) en el 2019 (OMS, 2020). El Perú (2018) fue uno de los 5

países con mayor prevalencia de TB en Las Américas con alrededor de 39000 casos (OPS, 2020). Dicha estimación se mantuvo invariable en el 2019 donde, además, se estimó cerca de 2400 casos de co-infección TB/VIH, y alrededor de 3100 casos de tuberculosis TB-RR/XDR (OMS, 2020). El portal de información de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud del Perú [MINSА-DPCTB] (2021), registró un total de 32970 casos en ese mismo año; mientras que, durante el 2020, se reportaron 24581 casos, de los cuales el 87.24% fueron casos nuevos, el 5.9% casos de co-infección TB/VIH, 4.9% casos de tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y 0.21% de TB-XDR. En contraste, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CNEPCE] (Ministerio de Salud del Perú, 2020), registró 41032 casos de tuberculosis en el Perú durante el 2019 y los 2 primeros meses del 2020, cuyo 37.04% correspondió a casos TB/VIH; y, geográficamente, 57.47% se hallaron en la región Lima (exceptuando el Callao). Detalló que el 63.62% de los casos se hallaron en varones, mientras que el 36.38% en mujeres; el 9.63% correspondía a menores de edad (<18 años), y el 90.37% a adolescentes, adultos y adultos mayores (≥ 18 años). De acuerdo a los tipos de diagnóstico, se observó que el 81.57% de estos, a nivel nacional, correspondían a tuberculosis pulmonar y 18.35% a tuberculosis extrapulmonar, donde la tuberculosis pleural tuvo mayor prevalencia (49.97%). En Lima Metropolitana, el DPCTB (MINSА, 2021) registró en el 2020, un total de 8397 casos, 6.5% de ellos fueron co-infección TB/VIH, 7.4% casos TB-MDR, y 0.52% casos TB-XDR. Adicionalmente, el CNEPCE (MINSА, 2020) encontró que San Juan de Lurigancho es el distrito con mayor prevalencia de tuberculosis con 3611 casos registrados, seguido por Ate (1756), San Juan de Miraflores (1371), Comas (1337), Cercado de Lima (1243), Villa María del Triunfo (1210), El Agustino (1099), Villa El Salvador (1086), y otros distritos con menos de 1000 casos reportados.

Si bien la cantidad de casos de tuberculosis registrados descendió durante el 2020 en los diferentes contextos, también lo hizo la tasa de detección (que pasó de un 3.6% a 2% en casos de sintomatología respiratoria en Perú; y 25% a nivel mundial) (MINSA-DPCTB, 2021; Renjifo, 2021) como consecuencia de las medidas adoptadas por la pandemia Covid-19.

Actualmente, esta enfermedad es prevenible y curable (OMS, 2020), sin embargo, tanto los síntomas como el tratamiento llevan a la persona afectada por tuberculosis (PAT) a un cambio significativo en su estilo de vida y su identidad (Esquivel, 2021; Tadessi, 2016). Los cambios físicos abarcan desde la sintomatología (TB pulmonar: tos intensa y frecuente, provista de flema y/o sangre; debilidad o fatiga, pérdida de peso, falta de apetito, escalofríos, fiebre, sudores nocturnos / TB extrapulmonar: condicional al área afectada) (CDC, 2016), hasta los cambios en la apariencia y la reducción de la energía y vigor. También se dan cambios en la rutina de la PAT: alimentación y nutrición, ausentismo, abandono o despido del trabajo; ausentismo, postergación o abandono de los estudios; acoplamiento y preocupación por el cumplimiento del esquema de tratamiento, visitas frecuentes a los centros de salud, internamiento, retiro o distanciamiento de los grupos sociales, uso de mascarilla. Asimismo, aquellos aspectos ligados a su psicología: ideas relacionadas con proximidad de la muerte, dudas sobre la efectividad del tratamiento, posibilidad de contagio de los seres queridos, pérdida del trabajo y falta de los recursos económicos para costear el tratamiento y, las necesidades personales y familiares, la exclusión social y familiar, incertidumbre por el futuro, desestructuración del plan de vida, así como reacciones afectivas de miedo, tristeza, culpa, abandono, ansiedad, vergüenza, estigma, resignación y soledad; además de verse afectada la autoestima, y desarrollar o agudizar condiciones de salud mental como la depresión (Esquivel, 2021; Tadessi, 2016; Baral, Karki y Newell, 2007; Horter, Stringer, Reynolds, Shoaib, Kasozi,

Casas, Verputten y du Cros, 2014; Correa y Ramirez, 2016; Huque, Elsey, Fieroze, Hicks, Bhawmik, Walker y Newell, 2020; Vega, 2013; Lima, Falcao, Ribeiro, Moralez, 2013; Sawyer, Asgr, Fordham y Porter, 2018; Hansel, Wu, Chang y Diette, 2004; Ministerio de Salud del Perú – MINSA, 2013).

El conjunto de cambios descritos lleva, tanto a las PAT como a otras personas, a modificar la forma como se perciben a sí mismas o como son percibidos los miembros de este grupo, quienes se atribuyen o a quienes se les atribuye una connotación peyorativa o benevolente ambivalente basada en estereotipos: Estigma (estigmatización o auto-estigmatización); lo cual conduce a un trato diferencial, agresiones, distanciamiento, evitación y exclusión de las PAT: Discriminación, aunque los enfermos de tuberculosis también optan por distanciarse voluntariamente de los grupos sociales frente a dichas actitudes o ante la posibilidad de su ocurrencia (anticipación) (Esquivel, 2021; Tadesse, 2016; Baral, Karki y Newell, 2007). Todo ello conlleva no solo a un retraso del tratamiento o la pobre adherencia a él, sino que conduce a la vulneración del estado psicológico de las PAT; pese a que el artículo 4 de la ley N° 30287: “Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú” (2014), indica: “*La persona afectada por cualquier forma clínica de tuberculosis tiene derecho a no ser discriminada en ningún ámbito de su vida*” (p.1).

Puesto en perspectiva, el sentimiento de soledad es una consecuencia del estigma y la discriminación sufrida y/o percibida por las PAT, las cuales tienen una implicación durante el diagnóstico y tratamiento, incluso, posterior al culmino de este (Huque, Elsey, Fieroze, Hicks, Bhawmik, Walker y Newell, 2020).

Respecto a la variable que se busca explorar en el presente estudio: la Soledad, es definida por Montero y Sánchez-Sosa (2001) como: “...un estado subjetivo que contrasta con la

condición de aislamiento físico; surge como una respuesta ante la falta de una relación particular, e implica un desequilibrio en el nivel deseado y logrado de interacción socio-afectiva” (p.19).

Distintas posturas teóricas son recopiladas por Tzouvara, Papadopoulos y Randhawa (2015) en la siguiente tabla:

Tabla 1

Posturas teóricas del constructo Soledad

Autor	Definición
Sullivan (1953)	La soledad es una extremadamente desagradable y estimulante experiencia relacionada con la descarga inadecuada de la necesidad de intimidad humana, por relaciones interpersonales.
Weiss (1973)	La soledad no es causada por estar solo, sino por estar sin una relación definida necesaria o un conjunto de relaciones... La soledad parece ser siempre una respuesta a la ausencia de algún tipo particular de relación o, más precisamente, una respuesta a la ausencia de alguna disposición relacional particular.
Leiderman (1980)	La soledad se refiere a un estado afectivo en el cual el individuo es consciente de estar alejado de otros. Acompañada de la experiencia de una vaga necesidad por otros individuos.
Peplau y Perlman (1981)	La soledad es la experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente.
Rook (1984)	La soledad es una duradera condición de distrés emocional que surge cuando una persona se siente alejado, incomprendido o rechazado por otros y/o carece de la compañía apropiada para llevar acabo las actividades deseadas, particularmente aquellas actividades que proveen una sensación de integración social y oportunidad para la intimidad emocional.
Rokach (1990)	La soledad es una parte natural e integral del ser humano como lo es la felicidad, la ira y la auto-realización. Los humanos nacen solos, experimentan el terror a la soledad en la muerte, y a menudo mucha soledad durante su vida.
Younger (1995)	La soledad es el sentimiento de estar solo mientras se anhela a los otros. El solitario experimenta una sensación de absoluta soledad, así como falta de motivación y aburrimiento.
Anderson (1998)	La soledad es la carencia generalizada de satisfacción personal, social, o de relación sociales.

De Jong
Gierveld
(1998)

La soledad es una situación experimentada por un individuo en donde hay una displacentera o inadmisibles carencia (en la calidad) en ciertas relaciones. Esto incluye situaciones en donde el número de relaciones existentes es menor de lo que es considerada deseable o admisible, así como situaciones en las que la intimidad deseada no es obtenida. Estos sentimientos de soledad están determinados por como las personas perciben, experimentan y evalúan su aislamiento y falta de comunicación con otras personas.

Kileen
(1998)

La soledad es una condición que describe los angustiosos, deprimentes, deshumanizantes, desapegados sentimientos que una persona soporta cuando hay un enorme vacío en su vida debido a una vida social y/o emocional insatisfecha.

Nota: Adaptado de “*A narrative review of the theoretical foundations of loneliness*”, por: Tzouvara, V., Papadopoulos, Ch. y Randhawa, G. (2015), publicado en: *Journal of Community Nursing*, 20(7), 329-334.

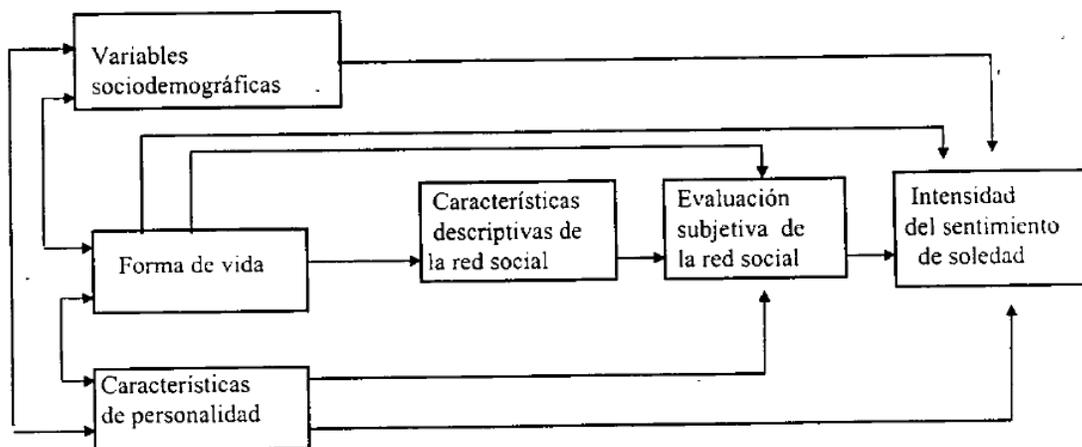
El enfoque que tomará la presente investigación corresponde al desarrollado por De Jong-Gierveld (1987), la cual consideró 3 aspectos fundamentales de la soledad: 1) La deprivación, que implica sentimientos de abandono, vacío y privación vinculados a la ausencia de apego íntimo; 2) La perspectiva temporal, referida a la proporción en que la soledad es percibida como: incambiable, temporal y de resignación, atribuyendo la causa de su soledad a sí mismo o a otros; y 3) Aspectos emocionales, referido a otros afectos durante la experiencia de la soledad (ausencia de afectos positivos, y presencia de afectos negativos) (De Jong-Gierveld, 1987; Ezeta, 2019). De dicha concepción se gestó el modelo que se denominaría como “Modelo Multidimensional de la Soledad” (Montero y Sánchez-Sosa, 2001; Montero, 1998). Este está compuesta por 4 dimensiones (Figura 1), donde se enfatiza en la “importancia de las percepciones e interpretaciones personales de la red de relaciones sociales” (Montero y Sánchez-Sosa, 2001, p. 23), y se encuentran dispuestos de la siguiente manera:

- Factores situacionales
 - a) Características descriptivas de la red social

- b) Variables socio-demográficas (edad, sexo, estado civil, estilo de vida, empleo, tipo de vivienda)
- Factores disposicionales
 - a) Evaluaciones subjetivas de la red social (valores y creencias relacionadas con las relaciones sociales donde la satisfacción o insatisfacción deriva de una evaluación de los contactos establecidos con los deseados)
 - b) Características de la personalidad (el concepto del Yo, la ansiedad social, y la intraversión-extraversión).

Figura 1

Modelo Multidimensional de la Soledad (De Jong-Gierveld, 1987)



Nota: Gráfico correspondiente a: “Soledad: desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición”, de la tesis de doctorado de Montero, M. (1999) por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Si bien no se cuentan con estudios amplios sobre la percepción de la soledad a nivel nacional, se cuentan con ciertos datos recogidos durante el desarrollo de la pandemia por Covid-19 por entes a nivel internacional, tales como los datos proporcionados por Ipsos (2020), en la

que a través de una encuesta de mercados a nivel global (realizada por 23007 adultos entre 21-74 años), reveló que el 31% de los encuestados experimentó soledad la mayor parte del tiempo, mientras que en el Perú el 32% de encuestados reportó que se sintió así durante el 2021 (un incremento del 5% respecto a la encuesta del 2019). Adicionalmente, en 2021, esta encuestadora encontró que (en base a 23004 encuestas a nivel mundial) el 33% de adultos participantes reportaron haber sentido soledad frecuentemente/siempre/la mayor parte del tiempo; mientras que esta cifra ascendió al 37% de respuestas en Perú. Asimismo, el 41% de participantes a nivel mundial indicó haberse sentido mayor soledad en los últimos 6 meses (de mediados del 2020 a enero del 2021), correspondiendo al 39% de las respuestas de participantes peruanos. En un estudio presentado por Hammond (2018), y dirigido por Qualter, Barreto y Victor (Ola Demkowicz, 2018), se halló que mientras 33% de las personas comentaron sentir soledad de manera frecuente o muy frecuentemente; la gente joven fue el grupo que reportó sentirse más solo, en la que el 40% de las personas entre los 16-24 años indicó sentirse solos de forma frecuente o muy frecuente, esta tendencia tiende a descender a medida que la edad avanza, encontrándose una prevalencia de 34% en el grupo de 25-34 años, 36% en el de 35-44 años, 34% en el de 45-54 años, 32% en el de 55-64 años, 29% en el de 65-74 años y 26% en grupo de 75 años a más.

Tomando esto en cuenta podemos decir que la soledad, puede influir de manera negativa en la salud, tanto física como mental (Yárnoz, 2008). Apreciándose así a nivel físico la presencia de trastornos de alimentación, problemas cardiovasculares, dificultades con la conciliación del sueño y adicción al tabaco (Carvajal Carrascal & Caro Castillo, 2009; Cacioppo, Hawkey, Crawford et al., 2002; Cacioppo et al, 2000; Heinrich y Gullone, 2006 & Derbyshire, 2010). Mientras que en torno al funcionamiento psicológico o salud mental se da la prevalencia de la

depresión, insatisfacción o baja satisfacción con la vida, disminución de las interacciones

sociales, recurrencia de la ideación suicida, así como la presencia de trastornos de personalidad

en específico la dependiente, esquizofrenia, ansiedad social y limite (Mahon, Yarcheski &

Yarcheski, 2001; Nolen - Hoeksema & Ahrens, 2002; Moore & Schultz, 1983; Hawkley et al,

2003; Stravynski & Boyer, 2001; Overholser, 1992; DeNiro, 1995; Anderson & Harvey, 1988 &

American Psychiatric Association, 2000).

Por ello, la presente investigación se propone responder a la pregunta: ¿Cuál es el nivel de soledad que experimentan los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima Metropolitana?

Antecedentes

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional, son numerosas las investigaciones que abordan la problemática del proceso emocional y social que conlleva el diagnóstico, tratamiento, adherencia y consecuencias de padecer de tuberculosis. Sin embargo, estas tienen la característica común de ser de enfoque cualitativo. A diferencia de este estudio que plantea un análisis cuantitativo, los antecedentes recopilados en este apartado implican el reconocimiento de dicho proceso afectivo: Soledad, así como una descripción breve de la prevalencia de estas en las diferentes muestras analizadas.

Paz-Soldán, V., Alban, R., Jones, C. y Oberhelman, R. (2013), llevaron a cabo un estudio de tipo cualitativo, el cual tuvo lugar en la zona sur de la región Lima (Perú). Este tuvo como objetivo explorar los tipos de apoyo social que los pacientes con TB y co-infección TB/VIH experimentan durante el tratamiento de la TB, enfocándose en como este influye en el bienestar psicológico de los pacientes, y su posible implicación en la adherencia al tratamiento; también se planteó explorar, desde la perspectiva de los usuarios, formas en las que el programa de TB de

Perú podría mejorarse en términos de prestación de apoyo social y otros servicios no clínicos.

Para la recolección de datos se creó una entrevista semi-estructurada que abordó los siguientes temas: descripción del proceso durante el diagnóstico, conocimientos sobre la TB (y VIH para casos de TB/VIH), sentimientos experimentados durante el proceso de aprendizaje y aceptación del diagnóstico de TB (objetivo relacionado con los fines de este estudio), los tipos de interacciones que tuvieron o les hubiese gustado tener con el personal de salud, familiares y amigos relacionados con su tratamiento y recuperación; cómo las interacciones con sus seres queridos fueron cambiando durante el curso del tratamiento; qué les ayudó a continuar su tratamiento por TB; y qué sugerencias tuvieron que hacer para obtener el tipo de soporte que deseaban por parte de su familia, amigos y personal de salud. El grupo de participantes del estudio estuvo compuesto por 43 individuos, de los cuales 62.8% fueron adultos que recibían Tratamiento Directamente Observado (DOTS) en diferentes hospitales de la Dirección de Salud Sur (DISA-SUR) perteneciente al MINSa y, 37.2%, padres de niños tratados en el Instituto Nacional de Salud del Niño. También se observó un sub-grupo de 11 pacientes co-infectados por VIH (8 adultos y 3 niños). Los resultados revelaron que, debido al estigma en la comunidad, solo el 9% de los encuestados se mostraron dispuestos a revelar su diagnóstico fuera de su familia y amigos cercanos, muchos de ellos describieron sentir miedo a ser aislados y evitados. Respecto a la salud mental de los pacientes, estos expresaron haber experimentado sentimientos de depresión, soledad y preocupación; así como, experimentar vergüenza por ser portadores de una enfermedad altamente contagiosa y temer que la gente se distancie de ellos. Al revelar su diagnóstico, alrededor del 34% de los pacientes expresó un miedo de ser abandonado por su familia, amigos y compañeros. Otros, tuvieron pensamientos relacionados con la inevitabilidad de la muerte por su diagnóstico, mientras que algunos se sintieron abrumados por la idea de ser

una carga para sus familias. Por otra parte, 34% de los pacientes informó haberse distanciado progresivamente de sus círculos sociales desde su diagnóstico, además, se reportó que algunos optaron activamente por no socializar con quienes lo hacían frecuentemente por el temor a infectarlos, o por el temor de que otros miembros de la comunidad los notara enfermos; pese a esto, indicaron que establecieron nuevas amistades con otros pacientes o familiares de pacientes (en el caso de los niños en tratamientos), lo que significó una fuente de apoyo durante el tratamiento. Respecto al personal de salud, los entrevistados identificaron como principal fuente de apoyo a las/los profesionales de Enfermería, mientras que otros profesionales (psicólogos, técnicos, médicos) fueron representados en menor medida, siendo los médicos señalados como fríos y distantes. Los pacientes, quienes no contaban con espacios para la socialización, señalaron su deseo de contar con estos datos a que les ayudaría a “no sentirse solos”.

Delgado y Sánchez (2013) realizaron un estudio de tipo cualitativo, donde se empleó la técnica del análisis del discurso, con el objetivo de identificar, describir y analizar las vivencias de las personas atendidas en la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Hospital General de Jaén, Cajamarca (Perú). Este contó con la participación de 4 personas (adultos de entre 25 a 85 años, quienes atravesaban la segunda fase del tratamiento contra la TB), de acuerdo a la técnica de saturación y redundancia en cuanto a la información obtenida de las entrevistas en la cual se basaron las autoras para la obtención de datos. La recolección de la información se realizó a través de una entrevista a profundidad donde se plantearon las siguientes preguntas exploratorias: *¿Cómo ha sido la experiencia al sufrir de tuberculosis?*, *¿Qué sentimientos le genera a usted convivir con esta enfermedad?* y *¿Cómo afecta la enfermedad en su vida personal?*. Los resultados mostraron que, al analizar las entrevistas se permitió categorizar las experiencias de los pacientes en 3 apartados que se denominaron: *Estado de*

conmoción (shock transitorio, negación), *Toma de conciencia de la persona* (contacto con la realidad y reacción emocional) y *Aceptación y Adaptación* (adherencia al tratamiento, recuperación del sentido de vida). La primera categoría engloba las primeras reacciones emocionales frente al diagnóstico (fuerte carga emocional): Sentimiento de inutilidad (pérdida de la independencia, pérdida del trabajo e incapacidad para conseguir otro), sentimiento de ira (reacción frente a la exclusión y abandono) y sentimientos de temor a la muerte (angustia, duda e incertidumbre frente al tratamiento). Mientras que la segunda categoría incluye: Sentimiento de tristeza (incertidumbre por el futuro, desvalorización del sí mismo, desmotivación, depresión), sentimiento de culpa, sentimiento de soledad (aislamiento autoimpuesto, exclusión social) y soporte de la familia a la persona con tuberculosis (soporte afectivo, cuidados durante el tratamiento). Finalmente, la tercera categoría identificada estuvo compuesta por: Autocuidado durante la enfermedad (compromiso con el tratamiento), el deseo de estar sano (optimismo, planificación actividades posteriores al alta), sentimiento de alegría (crecimiento personal, relación constructiva con las fuentes de apoyo social) y agradecimiento a Dios y al apoyo a la familia (crecimiento espiritual, aprecio por lo aprendido).

Antecedentes Internacionales

Huque, R., Elsey, H., Fieroze, F., Huque, S., Bhawmik, I., Walker, I. y Newell, J. (2020), realizaron una investigación durante Enero y Julio de 2018, en un grupo de pacientes internados que recibían tratamiento por tuberculosis multi-drogo-resistente (TB-MDR) en un hospital especializado de Bangladesh (India). Este tuvo por objetivo explorar las experiencias de las personas que la sufrían y los cuidados que recibían, así como identificar la prevalencia de depresión en los usuarios internados, además de hallar las características socio-demográficas y de la salud que se correlacionan con esta. La muestra del estudio estuvo conformada por 148

adultos (mayores de 18 años), de un total de 254, que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para la investigación. Para la recolección de datos cuantitativos se empleó una encuesta de auto-reporte de datos socio-demográficos (aplicada de forma oral por investigadores contratados por The ARK Foundation), así como la versión Bengali de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002) correspondiente al módulo de depresión, la cual permite discriminar entre niveles leves, moderados y severos de depresión; mientras que para la obtención de datos cualitativos se construyó un protocolo de entrevista individual dirigido a los pacientes como al personal de salud que trataba con ellos, en la que se exploró tópicos como: experiencias del comienzo de la enfermedad, diagnóstico y cuidados; continuando con el diagnóstico de TB-MDR, reacciones y subsecuentes relaciones con familiares, amigos y otros miembros de la comunidad, experiencias durante la hospitalización y tratamiento, conocimientos y experiencias de desórdenes de la salud mental y recomendaciones para mejorar el apoyo a los pacientes. El estudio cualitativo permitió identificar que el apoyo familiar (conyugal) y social (otros pacientes), prácticas y creencias religiosas, pasatiempos grupales (cantar, conversar sobre el curso del tratamiento, interactuar con otros, juegos grupales) e individuales (escribir, escuchar música), fueron agentes protectores contra el deterioro de la salud mental durante la hospitalización y tratamiento. Por el contrario, se encontró que condiciones como: poca comprensión de la enfermedad y el tratamiento, sintomatología secundaria por el tratamiento, postergación o cancelación de metas, abandono de la familia y seres queridos, ruptura o distanciamiento de las relaciones sociales, estigma y exclusión social y familiar, trato indiferente y maltrato por parte del personal de salud y los trabajadores del hospital, fueron situaciones que influyeron en el deterioro de la salud psicológica de los pacientes llevándolos a desarrollar sentimientos de soledad, desesperación, frustración, tristeza e,

incluso, desarrollar síntomas depresivos, los cuales persistieron aún después del alta y cura de la enfermedad. También, se encontró que el 33.8% (IC 95%: 26.7, 41.7%) de pacientes fue diagnosticado con depresión (en algún nivel), con intensidad leve y moderada en la mayoría de casos. Además, se señaló que las mujeres presentaron mayor probabilidad de desarrollar depresión frente a estas situaciones dado el trato diferencial recibido respecto a los internos varones.

Plata-Casas (2015), realizó una investigación cuantitativa cuyo objetivo fue describir los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en 30 pacientes adscritos al programa de tuberculosis (TB) en el municipio de Villavicencio (Cúcuta, Colombia). El instrumento de recolección de información usado fue una encuesta, cuya autoría corresponde al investigador, y fue denominada “Factores de Riesgo Asociados a la No Adherencia al Tratamiento Anti Tuberculosis”, la cual exploró variables socio-demográficas e identificación de factores de riesgo. Si bien los resultados indicaron que las causas de abandono del tratamiento contemplaron: efectos adversos al tratamiento (58%), problemas con la atención profesional de salud (46%) y la dificultad de acceso al servicio (32%); se encontró que, al serles comunicado el diagnóstico, los pacientes refirieron manifestar emociones como: tristeza (98%), angustia (82%), soledad (81%) y depresión (74%), así como sentimientos de inferioridad (39%), invalidez (38%) y abandono (22%). También se observó que, una vez diagnosticados con TB, el 60% de usuarios limitaron sus actividades sociales, así mismo, se observó que solo un 38% de ellos recibió visitas durante el tratamiento. La investigación señaló el rol fundamental del apoyo familiar y social en la adherencia al tratamiento, y como la ausencia de soporte representa un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de abandono de este. Así mismo, se afirmó que las reacciones afectivas adversas experimentadas tanto en el momento de la comunicación del diagnóstico y

durante el tratamiento pueden afectar el estilo y proyecto de vida del paciente, dificultando su adaptación a la condición de salud que atraviesa.

Lima, Falcão, Ribeiro y Moralez (2013), realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar las experiencias psicosociales reportadas por pacientes quienes terminaron el tratamiento (6 meses) contra la tuberculosis en São Paulo (Brazil). El instrumento empleado para la recolección de datos fue una entrevista clínica-psicológica, cuyo protocolo fue elaborado por los autores de la investigación. La muestra estuvo compuesta por 15 participantes seleccionados por el criterio de saturación teórica; la edad de estos estuvo comprendida entre los 16 y 80 años ($M=47$ años). Los resultados hallaron que el sufrimiento emocional asociado al diagnóstico y tratamiento fue causado por el miedo a la inevitabilidad de la muerte, generado y exacerbado por el desconocimiento de los síntomas y tratamiento de la TB; el temor a contagiar a otros (sobre todo a la familia) y a ser discriminados, razón por la cual los pacientes optaron por distanciarse de las relaciones sociales (auto-discriminación) y de las fuentes significativas de soporte social-emocional (familia, amigos), lo que en consecuencia generó sentimientos de soledad y estigmatización. Los usuarios revelaron desconocer sobre la enfermedad, además de reportarse que los familiares no buscaron información para comprender mejor esta y evitar tratos discriminatorios con los ellos. La enfermedad fue percibida como una fuente de sufrimiento dado a que se experimentaron aislamiento social, dificultades vinculadas al tratamiento y cambios en la imagen corporal. También se encontró que el apoyo familiar fue fundamental para la aceptación del diagnóstico, adherencia y tolerancia al tratamiento, así como una fuente de recursos de afronte (resiliencia) y motivación frente a la adversidad; los datos corroboraron que los pacientes no se sintieron estigmatizados al percibir que las relaciones con sus amigos y familiares no cambiaron al comunicar su diagnóstico.

McGinty, Presskreischer, Han y Barry (2020), publicaron un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, que tuvo como objetivo estimar la presencia de síntomas de distrés psicológico y sentimiento de soledad en adultos estadounidenses en abril del 2020 (en el marco de la pandemia de coronavirus COVID-19) comparándola con los resultados nacionales del año 2018. La recolección de datos correspondientes al año 2018 fueron recuperados de la National Health Interview Survey (Center for Disease Control and Prevention – CDC, USA); mientras que las mediciones correspondientes al año 2020 se obtuvieron de la Escala de Distrés Psicológico Kessler 6 (Kessler et al, 2003), a la cual se le agregó la una sección con el ítem: “¿Cuán solo se ha sentido?” (*How often do you fell lonely?*), cuyas opciones de respuesta estuvieron distribuidas en un escala tipo Likert: siempre, casi siempre, algunas veces, raramente, y nunca. La muestra correspondiente al año 2018 estuvo compuesta por 25417 adultos; mientras que la del 2020 estuvo compuesta por 1468 individuos. Los resultados revelaron que, en 2020, 13.8% (IC 95%, 11.4% - 16.6%) de los adultos encuestados reportaron que “siempre” o “casi siempre” se sintieron solos. También se halló que 13.6% (IC 95%, 11.1% - 16.5%) de los encuestados en 2020 reportaron síntomas de distrés psicológico significativo, en contraste al 3.9% (IC 95%, 3.6% - 4.2%) que fue reportado en 2018. En los subgrupos de examinados, se observó que los adultos jóvenes entre 18 y 29 años presentaron mayor proporción de síntomas de distrés psicológico (24%, [IC 95%, 16.3% - 33.8%]) en el 2020, frente al 3.7% (IC 95%, 3% - 4.6%) reportado en 2018. Por otra parte, los adultos mayores de 55 a más años presentaron la menor prevalencia de distrés psicológico (7.3%, [IC 95%, 4.8% - 10.9%]).

Rodríguez, Bongiardino, Borensztein, Aufenacker, Crawley, Botero, Scavone y Vasquez (2020), llevaron a cabo una investigación multinacional (con sede en Argentina) durante el contexto de la pandemia por el COVID-19, y cuyo objetivo fue analizar la relación entre los

sentimientos de soledad y los problemas internalizantes frente al distanciamiento social y el confinamiento preventivo, donde uno de los objetivos específicos buscó conocer los niveles de percepción de soledad. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo y diseño descriptivo-correlacional, de alcance temporal transversal. La muestra fue obtenida por muestreo no probabilístico intencional (método de bola de nieve), y estuvo compuesta por 653 adultos, mujeres en su mayoría (70%), y de nivel de educación superior (70.3%; incluye pre-grado y posgrado); además de ser de nacionalidad Argentina (82.1%) y Española (11.8%). La variable soledad fue evaluada a través del Three-Item Loneliness Scale (TILS), la cual es una versión abreviada de la UCLA Loneliness Scale (R-UCLA) (Russell, Peplau y Cutrona, 1980; Lasgard et al, 2016); mientras que, para medir la sintomatología clínica se empleó únicamente los ítems de las dimensiones ansioso-depresivo y quejas somáticas del cuestionario Adult Self Report (ASR) (Achenbach et al, 2003; Ivanova et al, 2015). Los instrumentos fueron transmitidos a través de las redes sociales y correos electrónicos. Los resultados revelaron que, respecto al sentimiento de soledad, la puntuación media observada más elevada se vinculó a la falta de compañía ($M=1.45$), en segundo lugar, el sentirse aislado de los demás ($M=1.42$) y en tercer lugar el sentirse excluido ($M=1.29$). En cuanto a los problemas internalizantes, la dimensión ansioso-depresiva, mostró puntajes medios más altos en los ítems “me preocupo por mi futuro” ($M=1.1$) y “me preocupo mucho” ($M=.83$), mientras que el ítem “me siento solo”, tuvo un valor medio de respuesta de 0.4; mientras que la dimensión de quejas somáticas (sin causas médicas conocidas), el sueño fue el aspecto más alterado ($M=.51$). El análisis de correlación, se observó una relación directa y de magnitud moderada entre los sentimientos de soledad y lo síntomas ansioso-depresivos ($r=.636$), además, se encontró una relación directa y moderada entre el sentimiento de soledad y quejas somáticas ($r=.422$).

Hysing, Petrie, Bøe, Lønning y Sivertsen (2020), estudiaron el sentimiento de soledad en una muestra de estudiantes de educación superior universitaria de Noruega. El presente tuvo por objetivos: Identificar los factores demográficos asociados con la soledad; explorar como la compañía funciona como factor protector frente a dicho sentimiento; y evaluar los cambios en la prevalencia entre los años 2014 – 2018. Los datos fueron tomados de las 2 encuestas nacionales de salud estudiantil (Student's Health and Wellbeing Study - SHoT) de los años 2014 y 2018. Ambas encuestas estuvieron destinadas a jóvenes adultos, estudiantes a tiempo completo, y con edad comprendidas entre los 18-35 años. De la encuesta del 2014 se obtuvieron 13525 respuestas a través de formularios virtuales (28.5% del total de encuestas enviadas). Respecto a la encuesta del 2018, se recogieron 50054 encuestas completadas (30.8% del total previstas). En conjunto, la muestra estuvo compuesta por una proporción mayor de mujeres (69.1%) respecto a la de varones (30.9%), con una edad promedio de los participantes de 23.2 años ($DE=3.3$). Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: Una encuesta de datos sociodemográficos que consignó grupos de edad (18-20 años, 21-22 años, 23-25 años y 26-35 años), sexo (masculino y femenino), estado de relación (soltero, en una relación/enamorado/a, convivencia de pareja, casados), estado de convivencia (viviendo solo, viviendo con un compañero, viviendo con amigos/otros en grupo, y viviendo con sus padres). El sentimiento de soledad fue medido con un ítem (“¿En las pasadas dos semanas, incluyendo este día, cuánto malestar ha experimentado por sentir soledad?”) de la sub-escala de depresión del HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist versión 25) (Derogatis, Lipman, Rickels, Unlenhuth y Covi, 1974) en las encuestas de 2014 y 2018; mientras que para el estudio del 2018 se empleó también la versión abreviada del UCLA Loneliness Scale, denominado The Tree –Item Loneliness Scale (T-ILS) (Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo, 2004). Los resultados revelaron que alrededor de 1

de cada 4 estudiantes (21% en varones y 24% en mujeres) sintieron falta de compañía (*ítem 1*:

“¿Con cuánta frecuencia siente que te hace falta compañía?”) respondiendo “frecuentemente” o “muy frecuentemente”. Las estimaciones para los ítems que evaluaron exclusión (*ítem 2*: “¿Con qué frecuencia te sientes excluido?”) y aislamiento (*ítem 3*: “¿Con qué frecuencia te sientes aislado de otros?”), fueron significativamente inferiores, con 14%-15% de respuesta en mujeres y 17%-18% en varones. También encontraron que 1 de cada 10 estudiantes (10.1%) respondieron “frecuentemente/muy frecuentemente” en los 3 ítems (mujeres: 10.6%, y varones: 8.8%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$). El análisis de los grupos de edad encontró una relación de tendencia curvilínea ($F = 12.91$, $p < .001$) entre la suma de las respuestas en los 3 ítems que componen el TILS y la edad; y en donde la prevalencia del sentimiento de soledad, basada en las respuestas de tipo “frecuentemente/muy frecuentemente”, tendía a ser mayor en los participantes más jóvenes (mujeres: 19%-28% y varones: 14%-25%, grupo de 18-20 años) y los de mayor edad (mujeres: 18%-24% y varones: 18%-24%, grupo de 26-35 años), mientras que los grupos de 21-22 años (mujeres: 16%-23% y varones: 11%-20%) y 23-25 años (mujeres: 15%-22% y varones: 11%-20%) presentaron una tendencia al decremento de la prevalencia de dichas respuestas. En cuanto al estado de relación, se observó que las personas que no mantenían una relación sentimental (solteros) presentaron la mayor prevalencia de falta de compañía (mujeres: 27.3% y varones: 28.0%), así como aquellos que se sintieron aislados (mujeres: 17.9% y varones: 18.1%), mientras que en aquellos que indicaron sentirse excluidos, fueron los varones solteros quienes presentaron una mayor prevalencia (17.0%) respecto a las mujeres, las que presentaron una prevalencia semejante independientemente de su estado de relación (18%-19%). Por otro lado, en cuanto al estado de convivencia, se encontró que los estudiantes que vivían solos presentaron mayor prevalencia de respuestas de alta

frecuencia a los 3 ítems del TILS (mujeres: 22%-32% y varones: 21%-32%); siendo

representativo también la prevaecía de estas respuestas en mujeres que vivían con sus padres (21%-26%), mientras que los varones que vivían con sus padres también reportaron sentimientos de exclusión (21.6%).

Landmann y Rohmann (2021), en un estudio llevado a cabo durante el confinamiento social obligatorio como medida de la pandemia Covid-19, y que tuvo por objetivos poner a prueba un modelo de las 3 dimensiones de la soledad (emocional, social y físico) e indagar el valor predictivo de las dimensiones de la personalidad respecto a dichas dimensiones; y que tuvo como muestra a 529 participantes (76.9% mujeres) con edades comprendidas entre los 18 – 72 años ($M=34.3$, $DE=10.5$), donde la mayoría (92.6%) fueron estudiantes de la FernUniversitat de la ciudad de Hagen (Alemania); y fueron evaluados a lo largo de 4 semanas para cubrir los objetivos de estudio (dentro del marco temporal de las 8 primeras semanas de haberse iniciado la epidemia de Covid-19 en Alemania). Los instrumentos empleados se describen entre paréntesis a continuación de la variable que mide: Soledad (Escala de Soledad de De Jong Gierveld [DJGLS]; de De Jong Gierveld y VanTilrbug, 2006), Bienestar psicológico (escala alemana de la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh [WEMWBS]; de Tennant et al., 2007, adaptada por Lang y Bachinger, 2017), Estrés percibido (versión alemana del Cuestionario de Estrés Percibido [PSQ20]; de Fliege et al., 2005; Levenstein et al., 1993) y Rasgos de la personalidad (escala HEXACO; Asthon y Lee, 2009). Los descubrimientos más relevantes fueron: (1) Ajuste de un modelo de 3 dimensiones de la soledad que incluye los aspectos Emocionales, Sociales y Físicos ($X^2=399.64$ (82), $p<.001$; $RMSEA=.045$, $SRMR_{con\ uno}=.035$, $SRMR_{entre\ otros}=.071$; $CFI=.903$; $TLI=.869$; $AIC=66,601$; $BIC=66,940$); (2) durante el estudio longitudinal se encontró que la intensidad de la soledad emocional y social percibida fue

semejante a aquella previo al contexto Covid-19, mientras que las soledad física se vio significativamente incrementada (64% del puntaje máximo posible de la escala) durante las 3 primera semanas de las restricciones de contacto físico, y eventualmente disminuyó; (3) respecto al bienestar psicológico, el afecto positivo fue significativamente menor durante las primera 2 semanas de las restricciones de contacto, sin embargo, estas volvieron a su nivel convencional, mientras que los niveles de funcionamiento positivo y la satisfacción en las relaciones, se mantuvieron invariables; (4) en cuanto a estrés percibido, la falta de ánimo fue elevada durante las 2 primeras semanas de las restricciones, pero disminuyó en la tercera semana a niveles normales, mientras que la sobrecarga frente a las demandas se presentó significativamente reducida durante las 2 primeras semanas, pero se incrementaron continuamente; (5) la edad y personalidad de los participantes se configuraron como predictores de la soledad emocional, social y física percibida durante el estudio; la extraversión estuvo asociada negativamente con la soledad emocional y social, pero positivamente relacionada con la física, en contraste, una alta emotividad estuvo positivamente asociada con la soledad emocional y física; las personas más sensibles y ansiosas presentaron mayor soledad, en contraste con los extravertidos, al perder la presencia física de otros; finalmente, (6) todos los tipos de soledad se configuraron como predictores del bajo bienestar y altos niveles de estrés.

Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es el nivel de soledad que experimentan los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima Metropolitana?

Objetivos

Objetivo general

Determinar el nivel de soledad experimentado por los pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Describir el nivel de soledad de los pacientes con tuberculosis en función de su grupo de edad, sexo, tipo y tiempo de tratamiento.
- Comparar los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según su grupo de edad.
- Comparar los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tipo de diagnóstico de los pacientes.
- Comparar los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tiempo de hospitalización que llevan.
- Comparar los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tiempo de tratamiento que llevan.

Hipótesis

Hipótesis general

Bernal (2010), señala que las hipótesis se formulan cuando “se quiere probar una suposición y no solo mostrar los rasgos característicos de una determinada situación. Es decir... en las investigaciones que buscan probar el impacto que tienen algunas variables entre sí, o el efecto de un rasgo o una variable en relación con otro(a)” (p. 143), y concluye que las investigaciones de tipo descriptivo “no requieren formular hipótesis; es suficiente plantear... preguntas de investigación” (p. 143). Basado en el argumento previamente descrito, se concluye que la

presente investigación prescinde de la formulación de hipótesis general dado a que el objetivo formulado es de alcance descriptivo y exploratorio.

Hipótesis específicas

- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según su grupo de edad.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tipo de diagnóstico que tienen los pacientes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tiempo de hospitalización que llevan.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de soledad de los pacientes con tuberculosis según el tiempo de tratamiento que llevan.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Tipos de investigación

La presente investigación presenta una metodología cuantitativa, dado a que los datos producidos por los autores responden a una tradición objetivista (Montero y León, 2007).

Considerando la propuesta de Ato, López y Benavente (2013), quiénes al respecto del diseño de investigación, señalan: "... se encarga de aspectos... tales como la selección y asignación de los participantes y el control de las variables extrañas potenciales presentes en el contexto de investigación..." (p. 1038). Y, de acuerdo a su propuesta de clasificación de los estudios (Teórico, Metodológico, Instrumental y Empírico), la presente se delimita como Empírica, de tipo descriptiva-observacional (donde se presentan los datos tal y como se presentan sin manipulación del investigador; p.1053) y asociativa-comparativa (en la cual se comparan los datos de acuerdo a la delimitación por grupos; p. 1047). En cuanto a la temporalidad de la recolección de datos, esta es transversal dado a que la recopilación se da en un momento determinado (p. 1048).

Población y muestra

Dado a que la cantidad de pacientes con diagnóstico de tuberculosis registrados por la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB) en el período 2020 y en la región Lima (población, *N*) fue de 8397 casos (MINSA, 2021); y luego de considerar las limitaciones de acceso y gestión del contacto con la población objetivo, así como la disposición de los pacientes a ser evaluados, se optó por prescindir de un tipo de muestreo probabilístico y emplear, en su lugar, un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para ello se incluyó en la

muestra a todos aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (descritos posteriormente). Lo que llevó a la obtención de un tamaño muestral (n) de 25 individuos.

Criterios de Inclusión

- Personas con diagnóstico de tuberculosis pertenecientes al Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT).
- Pacientes que cuenten con por lo menos 1 día de iniciado tratamiento por tuberculosis.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que hayan completado adecuadamente las encuestas.
- Pacientes con 18 años a más (mayores de edad).

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no cuenten con un diagnóstico confirmado de tuberculosis.
- Pacientes que no hayan iniciado tratamiento contra la tuberculosis.
- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que no hayan completado, o hayan rellenado de forma inadecuada las encuestas.
- Pacientes menores de edad.

Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Ficha Sociodemográfica

Para los fines de la siguiente investigación y de los objetivos planteados, se elaboró una ficha sociodemográfica (Anexo B), el cual contó con ítems de respuesta abierta (para rellenar), lo cual indagó aspectos relacionados con la persona, al proceso de hospitalización y enfermedad. Dicha ficha fue completada luego de haberse brindado el consentimiento informado por parte del/de la usuario/a, el cual tuvo como evidencia la firma de este/a mismo/a en la ficha respectiva.

Este documento recopiló datos de forma anónima, pero relevantes para la investigación (cuyos detalles se exponen en la sección de Anexos).

Escala de Soledad de Jong Gierveld

La recolección de los datos de la variable dependiente se realizó a través de la versión adaptada (al contexto peruano) y revisada de la Escala de Soledad de Jong Gierveld (De Jong-Gierveld y Kamphuis, 1985) realiza por Ventura-León & Caycho (2017) (Anexo A), las cuales utilizaron con guía la versión traducida y adaptada al castellano por Buz y Prieto (2013). La escala está compuesta por 11 ítems de las cuales, para el cálculo de sus puntuaciones, las respuestas del instrumento deben de dicotomizarse, consignando así un punto a las respuestas “más o menos” o “no” de los ítems 1,4,7,8,11 (ítems inversos), mientras que en los ítems restantes se consigna un punto si se responde “más o menos” o “sí”. De manera que, la escala oscila entre ausencia de soledad o soledad máxima (11 puntos).

En el contexto nacional, Ventura-León y Caycho (2017) llevaron a cabo la adaptación de este instrumento con una muestra compuesta por 509 jóvenes y adultos (73% mujeres) con edades comprendidas entre los 16 – 52 ($M=21.42$) años y residentes de Lima Metropolitana. Este estudio planteó explorar evidencias de validez basados en la estructura interna del test (a través del Análisis Factorial) y la confiabilidad de las puntuaciones. Con este fin, se obtuvo una submuestra compuesta por 150 individuos, y se examinaron los índices de adecuación muestral para lo que se calculó el KMO cuyo valor fue .842 siendo considerado Bueno (Káiser, 1974); mientras que la prueba de esfericidad de Barlett fue estadísticamente significativa ($\chi^2=414.2$; $gl=55$; $p<.001$). El cumplimiento de ambos supuestos permitieron la realización del AFE (Kaplan & Saccuzzo, 2006). Los resultados permitieron identificar la presencia de un único constructo latente subyacente a los 11 ítems que componen esta escala (estructura

unidimensional), y cuyas cargas factoriales tuvieron valores adecuados ($\lambda > .30$) (McDonald, 1999), a excepción del ítem 5, cuya carga fue inferior a lo esperado ($\lambda = .276$). Este único factor explicó en 50.23% la varianza del modelo, superando el 40% recomendado por Carmines y Zeller (1979). En cuanto a la confiabilidad de las puntuaciones obtenidas a través del instrumento, se evaluó a través del método de consistencia interna mediante los coeficientes omega ($\omega = .894$) y Kuder-Richardson (KR-20) el cual se contempla cuando las opciones de respuesta son de tipo dicotómico ($r_{20} = .892$), y cuyos valores fueron adecuados ($> .80$). Por lo que se concluye que, los resultados de la Escala de Soledad De Jong Gielverd aplicada a jóvenes y adultos peruanos, cuentan con evidencias de validez (basadas en la estructura interna) y son confiables.

Procedimiento de análisis y recolección de datos

Para la administración del instrumento se estableció contacto con las licenciadas y la psicóloga del servicio de la unidad hospitalaria a donde acuden y se encuentran las personas participantes de este proyecto. Luego de conversar con las encargadas previamente mencionadas, se les consultó por la cantidad de pacientes hospitalizados pertenecientes al Programa de Prevención y Control para la Tuberculosis (PCT), así como sobre la toma de medicación y tiempo en la que se encontraban en la unidad hospitalaria, obteniendo así el permiso para acceder a los pacientes del servicio de neumología con un diagnóstico ya establecido y con tratamiento ya iniciado de tuberculosis. Los participantes fueron contactados de manera individual y presencial en previa coordinación con el personal de salud de la unidad hospitalaria, mientras se encontraban en sus respectivos ambientes. A cada participante se le informó y explicó acerca de los objetivos de la investigación y se brindó el consentimiento informado (Anexo C), destacando que la información brindada sería tratada de manera confidencial, siempre y cuando se hubiese

decidido voluntariamente aceptar formar parte de la investigación. Luego se procedió a leer, conjuntamente cada uno de los instrumentos para ser completados y posterior a ello la entrega de una copia del consentimiento.

Análisis de datos

En cuanto al análisis de datos, primero se realizó la sección de descriptivos, para lo cual se exploró la media de las puntuaciones con el fin de conocer el valor referencial o central de los datos, y cuyos valores se emplearán en la comparación entre grupos; además de considerar los intervalos de confianza, los cuales procesan los datos a un 95% de certeza. También se exploró las medidas de dispersión: asimetría y curtosis, lo que permitió tener una noción de qué tanto los datos se alejan de la media y si los datos se ajustaban o no a la distribución normal, para lo cual se esperaron valores dentro del rango $[-1, +1]$, lo cual fue evidencia de una distribución aproximadamente normal de los datos; también se hizo el análisis gráfico a través del método quartile-quartile con el objetivo de contrastar el ajuste de los datos a dicha distribución (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Field, 2009; Aron, Coups y Aron, 2013; Montanero y Minuesa, 2018; Bologna, 2011; Garibaldi, Oddi, Aristimuño & Behnisch, 2019; Goss-Sampson, 2018). De forma complementaria se empleó la prueba inferencial de ajuste a la distribución normal: Shapiro-Wilk, la cual permitió para evaluar, a través de la metodología de prueba de hipótesis (H_0 : Distribución aproximada a la normal, H_1 : Distribución no aproximada a la normal), el ajuste de los datos a dicha distribución (Mohd y Bee, 2011).

Posteriormente, con el fin de clasificar el nivel del constructo (soledad) en los evaluados, se elaboraron los baremos a través del método de cuartiles (Aragón, 2011), lo que permitió determinar las frecuencias y proporciones de los niveles de esta variable en la muestra, y comparar la prevalencia entre los diferentes grupos seleccionados.

Finalmente, se realizó un análisis comparativo inferencial para evaluar si los datos superaron o no el valor crítico de aceptación o rechazo de la prueba de hipótesis estadística (p-valor), y por lo tanto, permitir concluir en la presencia de diferencias estadísticamente significativas. Para la evaluación del supuesto de homogeneidad de varianzas se empleó la prueba inferencial de Levene, la cual emplea como hipótesis estadísticas: H_0 = Homogeneidad de varianzas; H_1 = Heterogeneidad de varianzas; y las que se determinan a través del valor crítico de aceptación o rechazo de la hipótesis nula equivalente a .05. Una vez establecidos la uniformidad de varianzas, se empleó una prueba paramétrica (dada la distribución aproximadamente normal de los datos) de comparación de medias para grupos independientes (T de student), cuyo valor crítico de aceptación o rechazo de la hipótesis nula equivale a .05; y cuyas hipótesis son: H_0 = Diferencias estadísticamente significativas; H_1 = Diferencias estadísticamente no significativas (Aron, Coups y Aron, 2013). Asimismo, se realizó el análisis del tamaño del efecto para determinar la magnitud de las diferencias halladas entre los grupos, y cuyos valores e interpretación se presentan a continuación: .20 = diferencias pequeñas; .50 = diferencias medianas y .80 = diferencias grandes (Dominguez-Lara, 2017; Castillo-Blanco y Alegre, 2015).

Todos los análisis se realizaron en el programa: IBM Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versión 26.0.0.0 (edición de 64 bits).

Aspectos éticos

En base a los principios establecidos en la declaración de Helsinki (2017) y en que la investigación se realizará con personas, se han de cumplir los siguientes principios a mencionar con los siguientes criterios:

- Durante todo el trabajo a realizar se ha de respetar el derecho de resguardar su integridad.

Donde se realicen todas las previsiones para así respetar la intimidad y privacidad de cada una de las personas con las que se trabajará y ser agente de cuidado por su integridad física, mental y su personalidad.

- Se realizará la investigación en personas, ya que es el único medio competente de estudiar y comparar los resultados de la variable de estudio.
- Se ha de cumplir y tomar en cuenta el consentimiento informado por las personas del grupo de investigación, cuyos resultados estarán en reserva, puesto que los datos serán de forma anónima.

Además, de acuerdo a lo estipulado en el capítulo V del “Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano” (Colegio de Psicólogos del Perú – CPsP, 2017), que se enfoca en el Trabajo de Investigación, se ha de cumplir con los siguientes lineamientos:

- Artículo 23: Todo psicólogo que investiga debe hacerlo respetando la normatividad internacional y nacional que regula la investigación en seres humanos.
- Artículo 24: Todo psicólogo que elabore un proyecto de investigación con seres humanos debe contar, para su ejecución, con la aprobación del Comité de Ética de Investigación debidamente acreditado.
- Artículo 25: El psicólogo debe tener presente que toda investigación en seres humanos debe, necesariamente, contar con el consentimiento informado de los sujetos comprendidos, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 8 a 18 años.

- Artículo 27: El psicólogo debe presentar información proveniente de una investigación psicológica para publicación, independientemente de su resultado, sin incurrir en su falsificación ni plagio y declarando si tiene conflicto de intereses.
- Artículo 28: Queda prohibido aplicar su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o científicos reconocidos legalmente, así como test psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científica. Asimismo, se han de respetar y cumplir las responsabilidades descritas en el capítulo X

del presente código, referido a “Los instrumentos de investigación”:

- Artículo 53: Seguir los procedimientos científicos para el desarrollo, validez y estandarización de los instrumentos de evaluación.
- Artículo 54: Utilizar los instrumentos según la indicación de los manuales, siendo riguroso en la metodología para la aplicación e interpretación de los instrumentos psicológicos.
- Artículo 55: Usar pruebas e instrumentos en proceso de validación solo con fines de investigación o docencia, previa aclaración al respecto y con las debidas reservas.
- Artículo 56: Considerar a las pruebas psicológicas como instrumento auxiliar y de ninguna manera como definiciones psicológicas o de diagnóstico.
- Artículo 57: Explicar a la persona que se atiende sobre la naturaleza, propósito y resultado de la prueba, en lenguaje comprensible y constructivo salvaguardando de cualquier situación que ponga en peligro su estabilidad emocional.
- Artículo 58: Dar a conocer los resultados e interpretaciones de los instrumentos explicando las bases de las decisiones en razón del conocimiento teórico y metodológico.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

El análisis preliminar de datos (ver Tabla 1) permitió apreciar un valor de la media poblacional de 5.48 (IC 95%: [4.41 : 6.55]; $DE = 2.58$); y cuyos valores de asimetría y curtosis ($<.30$) sugirieron una distribución aproximadamente normal de los datos, lo cual se corroboró con el análisis gráfico (ver Figura 1) donde los puntos se ubicaron de forma próxima a la línea de tendencia; así mismo, la prueba inferencial de ajuste a la distribución normal (Shapiro-Wilk), cuyo valor $p > .05$, estableció conservar la hipótesis estadística nula (H_0) de ajuste de los datos a la normalidad. A nivel de grupos, los valores de la media no presentaron amplias diferencias entre categorías de un mismo conjunto, así mismo, presentaron distribución aproximadamente normal en todos los casos con valores de asimetría y curtosis inferiores a 1 en el 75% de los grupos, así como valores estadísticamente no significativos ($p > .05$) en la prueba inferencial de ajuste.

Tabla 2

Análisis descriptivo poblacional y segmentado de los puntajes de la Escala de Soledad

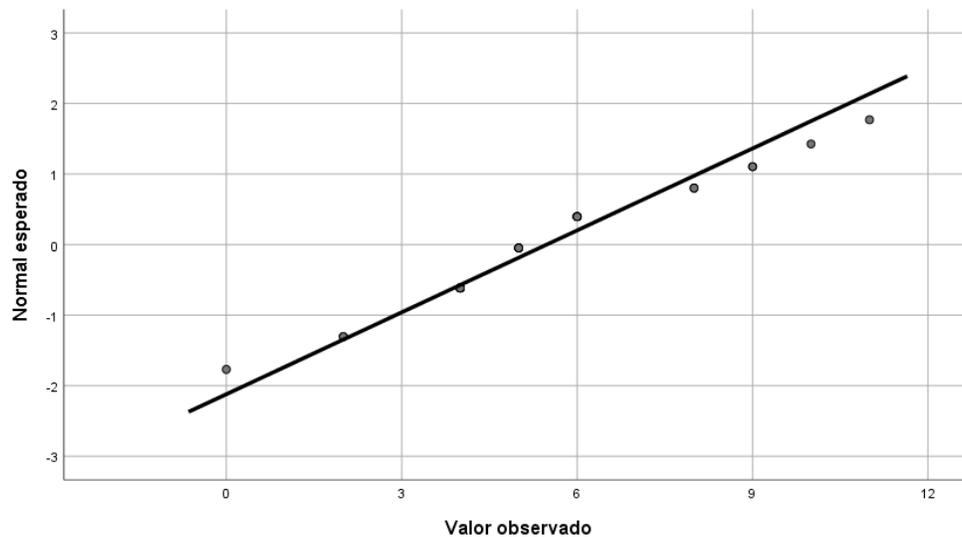
Grupos	<i>n</i>	<i>M</i>		<i>DE</i>	<i>g1</i>	<i>g2</i>	Shapiro-Wilk	
		Estadístico	IC 95%				Estadístico	<i>p</i>
Muestra	25	5.48	[4.41 : 6.55]	2.58	.28	.14	.95	.26
Etapa del desarrollo								
Adolescentes	13	6.23	[4.52 : 7.94]	2.83	.37	-1.21	.91	.20
Adultos	12	4.67	[3.33 : 6.0]	2.10	-.88	1.29	.92	.26
Diagnóstico								
TB pulmonar	13	5.0	[3.65 : 6.35]	2.24	.85	.90	.91	.17
Otros	12	6.0	[4.14 : 7.86]	2.92	-.21	.57	.95	.66
Hospitalización								
1 mes	15	5.8	[4.51 : 7.09]	2.33	.82	.63	.90	.11
2 a 24 meses	10	5.0	[2.87 : 7.13]	2.98	.12	-.21	.95	.70
Tratamiento								
1 mes	14	5.79	[4.39 : 7.19]	2.42	.82	.41	.91	.14

2 a 24 meses	11	5.09	[3.18 : 7.0]	.28	.02	.01	.97	.87
--------------	----	------	--------------	-----	-----	-----	-----	-----

Nota: n = número de casos, M = media aritmética, IC 95% = intervalo de confianza de la media al 95%, DE = desviación estándar, $g1$ = asimetría, $g2$ = curtosis, p = valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula.

Figura 2

Análisis descriptivo de la distribución de datos



Nota: Gráfico quartile-quartile (Q-Q).

A partir de las puntuaciones obtenidas, se establecieron los baremos para la clasificación de los participantes en 3 categorías ordinales (Tabla 2). Para ello se empleó el método de cuartiles, por lo que quedaron delimitadas las categorías: “Leve” o inferior al promedio, cuyo rango de puntuaciones se encuentra entre [0 : 4]; “Moderado” o promedio, delimitado entre [5 : 6]; y, “Elevado” o superior al promedio, ubicado en el rango [7 : 11].

Tabla 3

Distribución percentilar de los puntajes de la Escala de Soledad de Jong Gierveld

Percentiles	Puntuaciones	Nivel
5	1	
10	2	Leve
25	4	
50	5	Moderado
75	7	
90	9	Elevado
95	11	

Nota: Puntos de corte establecidos en el primer y tercer cuartil, los cuales se marcan con líneas punteadas.

El análisis de acumulación de frecuencias permitió apreciar que el 60% de la población experimentó sentimientos de soledad con intensidad moderada (36%) y elevada (24%). La interpretación cualitativa de estos datos sugirió lo siguiente: el primer escenario (intensidad “moderada”) implica una condición de riesgo en los usuarios, dado a que la experiencia afectiva puede llegar a sobrepasar sus recursos de afronte; mientras que, en el segundo escenario, la categoría “elevada” denota que esta experiencia ya sobrepasó los recursos de afronte de los usuarios, y en consecuencia, pueden haber presentado cuadros de desajuste psicológico. A nivel intragrupal, se observó una tendencia mayor al 50% de presentar sentimientos de soledad de intensidad moderada o elevada. Mientras que en los sub-grupos de pacientes con diagnóstico de TB pulmonar (53.8%), y cuyo tiempo de hospitalización fue de 2 a 24 meses (50%) se observó una tendencia a experimentarla con leve intensidad.

Tabla 4

Distribución de frecuencias de la intensidad del sentimiento de soledad experimentado en los diferentes grupos muestrales

Grupos	Leve <i>n</i> (%)	Moderado <i>n</i> (%)	Elevado <i>n</i> (%)
Muestra	10 (40)	9 (36)	6 (24)
Desarrollo			
Adolescentes	5 (38.4)	3 (23.1)	5 (38.5)
Adultos	5 (41.7)	6 (50)	1 (8.3)
Diagnóstico			
TB pulmonar	7 (53.8)	4 (30.8)	2 (15.4)
Otros	3 (25)	5 (41.7)	4 (33.3)
Hospitalización			
1 mes	5 (33.3)	7 (46.7)	3 (20)
2 a 24 meses	5 (50)	2 (20)	3 (30)
Tratamiento			
1 mes	5 (35.7)	6 (42.9)	3 (21.4)
2 a 24 meses	5 (45.5)	3 (27.3)	3 (27.3)

Nota: n = número de casos, % = porcentaje.

El análisis complementario realizado a través de la metodología de la prueba de hipótesis y tamaño del efecto, permitió apreciar diferencias de medias (ΔM) cuyos valores se ubicaron en el rango [.70 : 1.56] en los diferentes sub-grupos. Para el análisis del supuesto de uniformidad de varianzas, previo al empleo de la prueba t de Student para grupos independientes, se observaron los valores de significancia estadística de la prueba de Levene que concluyó en la conservación de la hipótesis estadística nula ($p > .05$; H_0 : uniformidad de varianzas). Paso seguido, se evaluó los valores de significancia estadística correspondientes a la prueba t de Student para muestras independientes, los cuales tuvieron índices estadísticamente no significativos ($p > .05$) por lo que se optó por conservar la hipótesis estadística nula (H_0 : diferencias estadísticamente no significativas) en todos los casos de comparación de medias. Finalmente, el análisis del tamaño

del efecto (d de Cohen) permitió apreciar una diferencia de medias moderada ($d > |.20|$) en el grupo compuesto por adolescentes y adultos; mientras que la diferencia medias fue pequeña entre los otros sub-grupos de comparación ($.20 < d < .50$); esto reveló que, si bien existen diferencias entre los puntajes medios de los diferentes sub-grupos de comparación, estos no son tan amplios unos de otros para sugerir categorías excluyentes.

Tabla 5

Análisis comparativo de grupos independientes de los puntajes de la Escala de Soledad

Grupos	M (DE)	ΔM		Prueba de Levene		Análisis comparativo			Tamaño del efecto	
		Est.	IC 95%	F	p	t	U	p	d	r_{ib}
Desarrollo										
Adolescentes	6.23 (2.83)	1.56	[-.52 : 3.64]	2.89	.10	-	96.0	.33	-	.23
Adultos	4.67 (2.10)									
Diagnóstico										
TB pulmonar	5 (2.24)	-1.00	[-3.14 : 1.14]	.53	.47	-0.97	-	.34	-.39	-
Otros	6 (2.92)									
Hospitalización										
1 mes	5.8 (2.33)	.80	[-1.40 : 3]	.57	.46	0.75	-	.46	.31	-
2 a 24 meses	5 (2.98)									
Tratamiento										
1 mes	5.79 (2.42)	.70	[-1.49 : 2.87]	.24	.63	0.66	-	.52	.27	-
2 a 24 meses	5.09 (2.84)									

Nota: M = media aritmética; DE = desviación estándar; ΔM = diferencia de medias; Est. = estadístico diferencia de medias; F = valor en la distribución Fisher; t = valor en la distribución t; U = estadístico de prueba U de Mann Whitney para la comparación de grupos independientes; p = valor crítico de la región de rechazo de la hipótesis nula; d = tamaño del efecto de Cohen; r_{ib} = coeficiente de correlación rango biserial (tamaño del efecto).

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir los niveles de soledad en los pacientes hospitalizados del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT) de un hospital de Lima Metropolitana, de los cuales se desprenden objetivos específicos de exploración, lo cuales serán discutidos y contrastados a partir de los antecedentes señalados previamente.

Los datos encontrados (36% experimenta soledad moderada, y 24%, soledad elevada) contrastan con los datos proporcionados por Paz-Soldán (2013) y, Delgado y Sánchez (2013) en sus exploraciones de enfoque cualitativo a las personas que atraviesaban el tratamiento de dicha enfermedad en el contexto nacional; así como con aquellos descubrimientos hechos por Huque et al. (2020), Plata-Casas (2015) y Lima et al. (2013) en población a nivel internacional. Tomando en cuenta lo hallado por Delgado y Sánchez (2013), se puede apreciar que este sentimiento es más profundo en las fases de evaluación, comunicación del diagnóstico e inicio del tratamiento; hallándose en la etapa de aceptación del diagnóstico y adherencia al tratamiento, sentimientos opuestos y de menor intensidad respecto a la soledad. También se desprende que una persona que atraviesa un período largo de tratamiento (p.ej. > 6 meses) o que presenta una recaída de la condición puede experimentar este sentimiento, dado el temor y desesperanza provocada ante la idea de no curarse.

Como una forma de ampliar lo descrito en el párrafo anterior, Esquivel, 2021; Tadesse, 2016; Baral et al., 2007, Huque et al. (2020), Plata-Casas (2015) y Lima et al. (2013), describen una serie de situaciones que llevarían a la persona diagnosticada con tuberculosis a aislarse, siendo las más resaltantes: deterioro de la salud y aspecto físico, anticipación a la exclusión

social, temor a contagiar a otros, postergación o cancelación de metas, sentirse una carga para la familia, o la exclusión real o abandono de las personas significativas.

En cuanto a los objetivos específicos, si bien los resultados indican que las diferencias no son estadísticamente significativas entre los grupos de comparación, puede apreciarse que la magnitud de las diferencias (tamaño del efecto) presentes suelen ser mayores en función del tipo de diagnóstico, dentro del cual se contó con participantes con diagnósticos de TB-MDR, quienes se mantuvieron en un largo período de aislamiento, dado el procedimiento de atención del establecimiento de salud donde fueron hospitalizados; y a esto se le suma el tiempo que conlleva su tratamiento (alrededor de 24 meses). Por otra parte, la magnitud de las diferencias entre grupos fue menor en cuanto al tiempo de tratamiento y hospitalización, esto se puede explicar tomando en consideración el protocolo de atención psicológica que proporciona el establecimiento (de acuerdo a la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis), el cual brinda psico-educación sobre la naturaleza de la enfermedad, factores predisponentes y desencadenantes, provee información general del curso del tratamiento, así como atención (en forma de orientación, consejería y soporte emocional) durante la hospitalización. Descrito esto, Huque et al. (2020) y Lima et al. (2013), señalaron que uno de los factores que propician el desajuste emocional frente al diagnóstico y tratamiento es la poca comprensión de la enfermedad. También, se describió en Paz-Soldán (2013), que los pacientes hospitalizados por tuberculosis tienden a encontrar soporte emocional al establecer relaciones de amistad con otros pacientes que padecen la misma enfermedad, así como con los familiares de estos, a medida que avanza el tratamiento. Esto puede explicar la presencia de niveles leves de soledad en aquellos pacientes con un tiempo de hospitalización y tratamiento mayores al 1° mes desde la comunicación del diagnóstico, tomando en consideración que los paciente cuyo

diagnóstico era de tuberculosis pulmonar eran asignados a un ambiente común (compartido) con otros pacientes del mismo diagnóstico.

Por otra parte, las investigaciones realizadas en el contexto de la pandemia Covid-19 y que abordaron los efectos del aislamiento físico, distanciamiento social y su consecuente cambio en el estilo de vida de las personas (McGinty et al., 2020; Rodríguez et al., 2020; Landmann y Rohmann, 2021), describen incrementos significativos del sentimiento de soledad, sobre todo al inicio del confinamiento. Esta situación suministra condiciones semejantes a las que atraviesan las PAT como parte del tratamiento administrado en una unidad hospitalaria (ambientes aislados de otros pacientes), la discriminación sufrida en el entorno social posterior a la comunicación del diagnóstico, así como el optar por distanciarse de las relaciones significativas producto de la auto-estigmatización. Esto aunado al cambio inesperado y significativo del estilo y proyecto de vida, tienen un impacto desfavorable en el bienestar psicológico de las PAT. También, se puede inferir que la intensidad del sentimiento de soledad experimentado está relacionado con las formas de afronte que emplean las PAT frente al diagnóstico y tratamiento; así como a factores de la personalidad. Sobre este punto, Landmann y Rohmann (2021) encontraron que ciertos patrones de personalidad (como la extraversión) tienden a predecir los altos niveles de soledad (física), así como el neuroticismo predice la intensidad de la soledad experimentada ante la ausencia de interacciones físicas.

De lo expuesto, se desprende la hipótesis de que las variables interpersonales serían más significativas en cuanto a la predicción de dicho estado afectivo, tales como sugieren algunas investigaciones en donde señalan que estar solo y sentirse solo son conceptos muy distintos, ya que el primero es entendido como algo relacionado a las vivencias subjetivas (intrapersonales) e

incluso hasta doloroso, mientras que el segundo se entiende como carencia de afectos tanto social (ambiente) y familiar (Rubio & Aleixandre, 2001).

En cuanto al objetivo específico de comparación según el tiempo de tratamiento, los datos apuntan a una proporción equivalente entre los participantes independientemente del grupo al que pertenecen; esto puede ser explicado en base a descrito por Ventura-León y Caycho (2017), quienes indican que la diferencia en la percepción de la soledad es diferente de individuo a individuo y variar constantemente en función de factores individuales y contextuales. Tal es la situación de los adultos mayores, donde la soledad suele deberse a la pérdida de seres queridos y la disminución del contacto social producto de la disminución de las capacidades físicas (Hawkley et al., 2008). Lo cual, si es tomado en cuenta para el caso de las PAT, se podría observar un reducido impacto si es que estos continúan desempeñando sus actividades con normalidad (como el caso de la tuberculosis extrapulmonar sin complicaciones); por el contrario, si esto se viese limitado o disminuido, es probable que se experimente soledad; en especial en aquellos pacientes provenientes del interior y cuyos familiares no tienen acceso a las visitas por la distancia.

Siguiendo, al comparar la soledad en función del tipo de diagnóstico, se hallaron diferencias estadísticamente no significativas. Esto permite inferir que la soledad no depende de la condición particular de la tuberculosis que padecen las PAT. Si bien es cierto que el tiempo de tratamiento varía en cada uno de los tipos de tuberculosis, el hecho de que el diagnóstico genere en ellos soledad o algún otro proceso psicológico, dependerá mucho de la autoeficacia que tenga cada uno de ellos, lo que hace referencia a la capacidad de controlar, organizar y ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura, 1993). Enfocando esto desde el ámbito de la salud, se evidencian aspectos que contribuyen a la percepción de un

grado de bienestar o malestar en la vida de las PAT, lo cual está vinculado con la valoración subjetiva, puesto que depende del estado físico, de las habilidades funcionales y del bienestar psicológico y social (González-Celis & Lima, 2017). Y, dado a que el personal asistencial de psicología realiza diversas actividades que fortalecen las relaciones interpersonales de las PAT y se trabaja el impacto psicológico que conlleva el diagnóstico y la adaptación al tratamiento, la soledad no se ve reflejada.

Por otro lado, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en la soledad en función al tiempo de hospitalización. Las referencias de este estudio describen que los pacientes experimentan diferentes reacciones durante las diferentes fases de la evaluación e intervención contra la tuberculosis, donde se halla también la hospitalización; sin embargo, cada percepción, sentimiento y necesidad varía en las PAT debido a las particularidades sustanciales en cada una de ellas. Por esta razón, la forma de afrontar el proceso de hospitalización también varía, sin importar la etapa del desarrollo en la que se encuentren los pacientes (Rojas & Machuca, 2009), el cual sumado a la labor realizada por el personal de psicología, mengua y previene comorbilidades psiquiátricas, así como la experimentación de la soledad, ansiedad o depresión.

En adición, se observó que no existen diferencias estadísticamente significativas de la percepción de la soledad en función del grupo de edad de las PAT. Esto puede atribuirse a que a medida de que las personas van desarrollándose cronológicamente, estas se vuelven capaces de expresar de forma diferente la soledad, pero también de generar una afinidad hacia ella (Cuny, 2001), además, el esfuerzo académico conlleva dejar la sociabilidad amical, lo cual podría llevar a las personas a considerar la soledad como una aliada y no como una enemiga (Marcoen y Goossens, 1993).

Incluso, debe de considerarse que, el simple hecho de pasar tiempo de recuperación en un ambiente hospitalario predispone a la persona a experimentar cambios en cuanto sus percepciones, sentimientos y las necesidades. Estas difieren de una persona a otra debido a las particularidades sustanciales en cada uno de los individuos, por esta razón la forma de enfrentar el proceso de hospitalización va a ser diferente en cada uno, sin esto es imposible contrastar lo planteado con otro estudio de su tipo, debido a las características particulares del diagnóstico, además de carecer de estudios que aborden la soledad en pacientes hospitalizados, lo cual representa una oportunidad para el desarrollo de nuevas investigaciones.

Habiendo dicho esto se entiende que el proceso de hospitalización es vivido de una forma tanto personal como colectiva, de acuerdo con las referencias culturales, valores y experiencias vividas de cada persona (Meneses-Gomes de Amorim, Kay-Nations & Socorro-Costa, 2009), por lo que las PAT tienen mayor riesgo de experimentar soledad, en especial aquellos quienes se encuentran lejos de sus familiares. Razón por la cual el contar con buenas estrategias de afrontamiento a la hospitalización, así como contar con un soporte social (amistades, pacientes, etc) y familiar son primordiales para el proceso de afrontamiento de la enfermedad en sí misma (Zambrano-Plata et al., 2010), puede traducirse en una mejor adherencia al tratamiento.

Otro aspecto a considerar, son las limitaciones del estudio, tales como el reducido tamaño de muestra al cual se recurrió, esto atribuible a la dificultad en el acceso a los participantes, así como la disposición y motivación de las PAT a participar dado el proceso de enfermedad y recuperación que vienen atravesando. En cuanto al aspecto formal de la investigación, se constata el déficit de estudios de enfoque cuantitativo a nivel de la región, por lo que los

hallazgos obtenidos en el presente pueden contrastarse solo de forma parcial con los aportes de otras investigaciones, limitando la comprensión del fenómeno abordado aquí.

Conclusiones

Respecto al objetivo general de estudio, se concluye que las PAT participantes del estudio presentaron niveles moderados y altos del sentimiento de soledad (60%). Esto se respalda en los hallazgos de otras investigaciones que exploran las vivencias de los pacientes que afrontan el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Sin embargo, no pudo contrastarse los descubrimientos en su totalidad, dados los enfoques diferenciados empleados. Los precipitantes de este estado se atribuyen a: aislamiento físico, poca comprensión de la enfermedad, temor a la muerte, anticipación a la exclusión social, separación de familiares, cambio del estilo de vida, ausencia real de soporte familiar y social.

En cuanto a la proporción de participantes con niveles bajos de soledad, los cuáles se aproximan a la mitad de ellos (40%), se concluye que estos pueden haber sido influenciados por: características inherentes a su personalidad (estilo de afronte, neuroticismo, extraversión, entre otros no explorados), apoyo del personal de salud (psicólogos/as, enfermeras/os, médicos/as), relación con otros pacientes, comunicación a través de las redes sociales, entre otros.

Tras comparar los niveles de soledad en función del tiempo de tratamiento, tipo de diagnóstico, tiempo de hospitalización y grupo etario; se observan diferencias estadísticamente no significativas, por lo que se infiere que los niveles de soledad no varían en función de estas condiciones. Las razones para la ausencia de estas son semejantes a las atribuidas a la proporción de usuarios que presentaron la experiencia de la soledad en intensidad leve.

Recomendaciones

Producto de la discusión, se sugiere el empleo de modelos que aborden la soledad de forma más amplia, tal como el descrito en Landmann y Rohmann (2021), para la evaluación del sentimiento de soledad en los pacientes hospitalizados, y aquellos que atraviesan el proceso de diagnóstico y tratamiento por condiciones con alto grado de estigma.

También, se sugiere explorar el rol que cumplen los medios virtuales en el mantenimiento de las relaciones aún en condiciones hospitalarias como las que presentaron las PAT de este estudio, y como estas pueden influir en el afronte del sentimiento de soledad a corto o largo plazo.

Se plantea la necesidad del desarrollo de estudios cuantitativos donde se aborden las mismas variables, así como el incremento de la muestra lo que está directamente relacionado con la potencia estadística, y el potencial explicativo de las evidencias extraídas.

REFERENCIAS

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, método & diseño de investigación (hypothesis, method & research design). *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187-197. Disponible en: [http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)
- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C. y Mendoza-Ticona, A. (2017). Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Med Exp Salud Pública*, 34(2), 229-310. Doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2384
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Washington, DC: Author
- Anderson, C. A., & Harvey, R. J. (1988). Brief report: Discriminating between problems in living: An examination of measures of depression, loneliness, shyness, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 482-491. doi: 10.1521/jscp.1988.6.3-4.482.
- Aragón, L. (2011). Evaluación psicológica: historia, fundamentos teóricos-conceptuales y psicometría. Editorial El Manual Moderno.
- Aron, A., Coups, E., & Aron, E. N. (2013). *Statistics for psychology* (6a ed.). Pearson Education Inc.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños en psicología. *Anales de psicología*. 29(3), pp. 1038 – 1059.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinski de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Portal de la Asociación Médica Mundial: Políticas. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de->

helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-
humanos/

- Baral, S., Karki, D. y Newell, J. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 7: 211. doi:10.1186/1471-2458-7-211
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales (3ª ed.). Prentice Hall – Pearson Education.
- Bologna, E. (2011). Estadística para psicología y educación (1a ed.). Editorial Brujas.
- Buz, J., & Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12, 971-981. doi:10.11144/Javeriana. UPSY12-3.aesd
- Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, L., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R., Malarkey, W., Cauter, E. y Berntson, G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., ... & Spiegel, D. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35, 143-154. doi: 10.1016/S0167-8760(99)00049-5.
- Carvajal-Carrascal, G. & Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*, 9, 281-296.

Castillo-Blanco, R. y Alegre, A. (2015). Importancia del tamaño del efecto en el análisis de datos de investigación en psicología. *Persona*. 18, 137-148.

https://www.redalyc.org/pdf/1471/Resumenes/Resumen_147143428008_1.pdf

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (2016). Datos básicos sobre la tuberculosis | TB | CDC. Retrieved from

<https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/default.htm>

Congreso de la República del Perú. (2014). Ley N° 30287: Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú. *El Peruano*. Recuperado de

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/363833/ley-30287-2014.pdf>

Colegio de Psicólogos del Perú – CPsP. (2017). Código de ética profesional del psicólogo peruano. Portal del Colegio de Psicólogos del Perú: Marco Legal. Recuperado de

<http://cpsp.io/legal/marco-legal>

Cuny, J. A. (2001). Actitud y sentimiento de soledad en un grupo de adolescentes universitarios de Lima. *Persona*, (004), 111-128. Disponible en:

<http://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/816>

Chaudhri, S., Bansal, A., Singh, A., Sampath, A., Verma, A.K., Tripathi A, et al. (2013) Impact of psychiatric profile and personality trait on directly observed tuberculosis treatment outcome. *Int J Med Pub Health*. 3(4):303-8.

Cruz, E. (2019). Apoyo socio-emocional en pacientes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud Perú IV Zona, Lima 2019. (Tesis de Licenciatura). Universidad Norbert Wiener.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3226>

De Jong Gierveld, J. & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299

- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128. doi: 10.1037/0022-3514.53.1.119
- Delgado, G. y Sánchez, J. (2013). Vivencias de las personas que se atienden en la estrategia sanitaria de control y prevención de la tuberculosis – Hospital General de Jaén. (Tesis de Licenciatura). *Universidad Nacional de Cajamarca*.
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/132>
- Deniro, D. A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(3), 185-200. doi: 10.3109/01612849509006934.
- Derbyshire, D. (2010). Loneliness is a killer: It's as bad for your health as alcoholism, smoking and over-eating, say scientists. Recuperado de: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1298225/Loneliness-killer-Its-badhealth-alcoholism-smoking-eating-say-scientists>
- Dominguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*. 19(4), 251-254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Esquivel, A. (2021). Manifestaciones del estigma social que experimentan los adultos jóvenes afectados por tuberculosis en un centro de salud. Lima, 2020. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ezeta, G. (2019). Sentimientos de soledad y afrontamiento en adolescentes de quinto de secundaria de Chíncha Alta – Ica. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Federico Villarreal. Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4188>
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18–33.
- Garibaldi, L. A., Oddi, F.J., & Behnisch, A. N. (2019). Modelos estadísticos en lenguaje R (1a ed.). Universidad Nacional de Río Negro.

- González-Celis, A.L., & Lima, L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15), ISSN: 2007-8064
- Goss-Sampson, M. A. (2018). Análisis estadístico en JASP: una guía para estudiantes (1ª ed.).
- Hammond, C. (2018). The anatomy of loneliness. BBC Radio 4: All in the mind. Recuperado de: <https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/2yzhfv4DvqVp5nZyxBD8G23/who-feels-lonely-the-results-of-the-world-s-largest-loneliness-study>
- Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 105-120. doi: 10.1037/0022-3514.85.1.105
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1), 98-105. doi: 10.1016/S0889-1591(02)00073-9
- Hawkey, L.C., Hughes, M.E., Waite, L.J., Masi, C.M., Thisted, R.A. & Cacioppo, J.T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology*, 63(6), S375–S384. doi: 10.1093/geronb/63.6.S375
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002.
- Huque, R., Elsey, H., Fieroze, F., Huque, S., Bhawmik, I., Walker, I. y Newell, J. (2020). “Death is a better option than being treated like this”: a prevalence survey and qualitative study of depression among multi-drug resistant tuberculosis in-patients. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08986-x>

Ipsos. (2020). Global advisor 2021 predictions. Portal News & Polls. Recuperado de:

<https://www.ipsos.com/en/global-predictions-2021>

Ipsos. (2021). Global perceptions of the impact of covid-19. Portal News & Polls. Recuperado de

[https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-03/global_perceptions_of_the_impact_of_covid-19.pdf)

[03/global_perceptions_of_the_impact_of_covid-19.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-03/global_perceptions_of_the_impact_of_covid-19.pdf)

Jong-Gielver, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and*

Social Psychology, 53(1), 119-128. DOI: 10.1037//0022-3514.53.1.119

Kaiser, H. F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415. doi:

10.1007/BF02291817

Kelly P. (1999). Isolation and stigma: Predictors of prejudice against people with tuberculosis. *J*

Community Health Nurs; 16(4):233-41.

Landmann, H. y Rohmann, A. (2021). When loneliness dimensions drift apart: Emotional, social

and physical loneliness during the COVID-19 lockdown and its association with age,

personality, stress and well-being. *International Journal of Psychology* (2021).

Doi:10.1002/ijop.12772

Lima, A., Falcão, D., Ribeiro, E. y Moralez, R. (2013). Life experiences of patients who have

completed tuberculosis treatment: a qualitative investigation in southeast Brazil. *BMC*

Public Health, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-595>

Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2001). A meta-

analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research*, 55(5),

308-315.

Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. (2006) Comparative stigma of

HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 63(7):1912-22

Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. (2008). 1st ed. Washington, D.C.:

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, pp.7-9.

Marcoen, A., & Goossens, L. (1993). Loneliness, attitude towards aloneness, and solitude: age difference and developmental significance during adolescence. En S. Jackson & H. RodriguezTome (Eds.). *Adolescence and its social worlds*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 197-227.

McGinty, E., Presskreischer, R., Han, H. y Barry, C. (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and april 2020. *JAMA*. 2020. 324(1), 93-94.
doi:10.1001/jama.2020.9740

Meneses-Gomes de Amorim, A., Kay-Nations, M., & Socorro-Costa, M. (2009). Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Revista de Salud Pública*, 11, 754-765

Ministerio de Salud del Perú - Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Ministerio de Salud. Recuperado de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/382664/Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis20191011-25586-i65fww.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/382664/Norma_técnica_de_salud_para_la_atención_integral_de_las_personas_afectadas_por_tuberculosis20191011-25586-i65fww.pdf)

Ministerio de Salud del Perú – Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). Vigilancia epidemiológica de tuberculosis: Perú – 2019. Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE072020/04.pdf>

- MINSA – DPCTB: portal de información [Archivo de datos]. Recuperado de
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>
- Mohd, N. y Bee, Y. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov- smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*. 2(1), 21-33.
https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests
- Montanero, J., & Minuesa, C. (2018). Estadística básica para ciencias de la salud. Universidad de Extremadura.
- Montero, M. (1999). Soledad: desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montero, M. y Sánchez-Sosa, J. (2001). La soledad como fenómenos psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27. Recuperado de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam011d.pdf>
- Moore, D., & Schultz Jr, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(2), 95-100. doi: 10.1007/BF0208830.
- Naidoo. P. & Mwaba, K. (2010). Helplessness, depression, and social support among people being treated for tuberculosis in South Africa. *Soci Behav Pers*.38(10):1323-34.
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116-124. doi: 10.1037/0882-7974.17.1.116.

- Nuevo, R., Montorio, I., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 337-355.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (14 de octubre del 2020). Tuberculosis. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Tuberculosis en las Américas: informe regional 2019. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/tuberculosis-americas-informe-regional-2019>
- Overholser, J. C. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13(1), 17-23. doi: 10.1016/0191-8869(92)90212-8.
- Paz-Soldán, V., Alban, R., Jones, C. y Oberhelman, R. (2013). The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-290>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck, & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (pp. 31–56). London: Academic Press.
- Plata-Casas, L. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(2), 26-38. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/507>
- Polat, H. & Ergüney, S. (2012). Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1):40-47.

Pereira, M.G. y Smith, T.E. (2003). Collaborative family health care: GAT practitioners think?

*Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of
Clinical and Health Psychology*, 3, 283-299.

Renjifo, P. (2021). Intervención contra la tuberculosis en tiempo de la COVID-19. Boletín

Epidemiológico del Perú 2021. 30(SE 24), 723-724. Recuperado de:

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202124_23_145452.pdf

Rios Vidal, J. (2018). Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de

Intervención, Plan de Acción). Retrieved from

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>

Rodríguez, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S., Crawley, A., Botero, C.,

Scavone, K. y Vazquez, N. (2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes

frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-

19. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 24(2), 57-84.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7781471>

Rojas, A. K. A. & Machuca, R. P. A. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la

experiencia emocional del niño hospitalizado. *Rev Ped Elec*, 6, 36-54.

Rokach, A. (2012). Loneliness updated: An introduction. *The Journal of Psychology*, 146(1-2),

1-6. doi: 10.1080/00223980.2012.629501.

Rubio, R. & Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre

estar solo y sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11, 23- 28

Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A

population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 32-40.

- Tadesse, S. (2016). Stigma against tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia. PLOS ONE, 11(4): e0152900. doi:10.1371/journal.pone.0152900
- The Global Plan to Stop TB 2011-2015. Transforming the fight towards elimination to tuberculosis. (2010). World Health Organization. ISBN 978 924 1500340.
- Tzouvara, V., Papadopoulos, Ch. y Randhawa, G. (2015). A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *Journal of Community Nursing*, 20(7), 329-334. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.7.329. PMID: 26140317
- Ventura-León, J. L., & Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.1.41
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA:MIT Press.
- WHO Global Tuberculosis Report 2020 mobile app [Software para dispositivos móviles]. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Global tuberculosis report 2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- Yárnoz, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 103-116
- Yilmaz, A. and Dedeli, O. (2016). Assessment of anxiety, depression, loneliness and stigmatization in patients with tuberculosis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(5), pp.549-557.

Zambrano-Plata, G. E., Ferreira-Cardona, J. C., Lindarte-Clavijo, A. A., Niño-Bayona, C. J.,

Ramírez-Rodríguez, N. R., & Rojas-Bautista, L. Y. (2010). Entre la incertidumbre y la
esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de
cuidados intensivos (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 52-60.

ANEXOS A

Escala De Soledad De De Jong Gierveld (ESJG)

Adaptación Ventura-León & Caycho (2017)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

	1	2	3
	No	Más o Menos	Si
1	Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.	1	2 3
2	Echo de menos tener un buen amigo de verdad.	1	2 3
3	Siento una sensación de vacío a mí alrededor.	1	2 3
4	Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de dificultades	1	2 3
5	Echo de menos la compañía de otras personas.	1	2 3
6	Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.	1	2 3
7	Tengo mucha gente en la que puedo confiar completamente.	1	2 3
8	Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy cercana.	1	2 3
9	Echo de menos tener gente a mí alrededor.	1	2 3
10	Me siento abandonado(a) frecuentemente.	1	2 3
11	Puedo contar con mis amigos siempre que lo necesito.	1	2 3

Corrección

La escala contiene 11 ítems, cuyas alternativas de respuestas varían de 1=no; 2= más o menos, 3= sí. De acuerdo con recomendaciones de los autores originales de la escala, para el cálculo de las puntuaciones de soledad, las respuestas deben dicotomizarse, consignando un punto a las respuestas más o menos o no de los ítems 1, 4, 7, 8 y 11 (ítems inversos), mientras que en los ítems restantes se consigna un punto si se responde más o menos o sí. De esta forma, la escala oscila entre ausencia de soledad) hasta 11 (soledad máxima).

Citar

Ventura-León, J. L., & Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la Escala de Soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1-18, doi:10.5872/psiencia/9.1.41

ANEXOS B

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

A. GENERALIDADES

2. Indique cual es su sexo: Mujer Varón

1. Fecha de Nacimiento: Día _ _ / Mes _ _ / Año _ _ _ _

3. Edad:

4. Lugar de Nacimiento:

5. Lugar de Residencia:

6. Estado Civil: Soltero(a) Casado (a) Viuda (o) Divorciado(a) Conviviente

7. Número de hijos: Ninguno 1-2 3-4 5 a más

8. Grado:

7. Tiempo de servicio:

9. Tipo de Diagnóstico: TBC Pulmonar TBC MDR TBC Pleural TBC XDR

8. Tiempo de Hospitalización:

10. Tiempo de tratamiento:

11. Grado de Instrucción: Sec Completa Tec. Superior Sup. Universitaria
Sec. Incompleta Otro: _____

ANEXOS C

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por JEANIRET YAÑEZ FIGUEROA de la Universidad Privada del Norte. La meta de este estudio es determinar si existen diferencias en la soledad de pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima Metropolitana.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas, los cassetts con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incomodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por JEANIRET YAÑEZ FIGUEROA. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es determinar si existen diferencias en la soledad de pacientes con tuberculosis que reciben tratamiento en un hospital de Lima Metropolitana.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acaree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a JEANIRET YAÑEZ FIGUEROA al correo electrónico jeaniretyanez@gmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a JEANIRET YAÑEZ FIGUEROA al correo electrónico anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha