



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE ACOMAYO MARZO 2018”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:
CAROL GERALDINE RAMOS CCANTO**

**ASESOR:
Dr Harry Raúl Leveau Bartra**

ICA – PERÚ

2018

DEDICADO A:

Dios por hacer que goce de su paraíso y a
mis padres por brindarme lo mejor.

AGRADEZCO:

Al grupo de docente de la Universidad “Alas Peruanas” por sus enseñanzas y motivaciones.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la correlación entre la depresión y grado de soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: La investigación es de tipo no experimental, prospectiva, transversal. En 52 pacientes en tratamiento para tuberculosis pulmonar en diferentes esquemas de tratamiento y de ambos sexos.

RESULTADOS: El 11.5% está entre 16 a 25 años, el 46.2% eran de edades de entre 26 a 35 años, el 34.6% eran de edades entre 36 a 45 años y el 7.7% eran de entre 46 a 55 años de edad. Son de sexo masculino el 61.5% y de sexo femenino el 38.5%. El 13.5% tienen grado de instrucción primaria, el 51.9% tienen solo secundaria y el 34.6% son de nivel superior. El 59.6% están en esquema sensible fase I para tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el 28.8% en el esquema sensible fase II y el 11.5% en esquema para multidrogorresistente. El 15.4% de los pacientes presentó depresión severa, el 28.8% presenta depresión moderada, el 38.5% presenta depresión leve y el 17.3% no presenta depresión. El 25% perciben muy bajo apoyo social, el 26.9% perciben un apoyo social bajo, el 32.7% perciben un apoyo social alto y el 15.4% perciben un apoyo social muy alto, como se pudo determinar aproximadamente la mitad de los pacientes percibe un apoyo social favorable. **CONCLUSIÓN:** Existe una alta correlación (r de Pearson=-0.875) es decir que a menor percepción de apoyo social más posibilidades de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Palabras Clave: Depresión y soporte social, tuberculosis pulmonar

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the correlation between depression and the degree of social support in patients with pulmonary tuberculosis treated at the Acomayo Health Center in Ica, march 2018.

MATERIAL AND METHODS: The research is non-experimental, prospective, and transversal. In 52 patients under treatment for pulmonary tuberculosis in different treatment schemes and of both sexes.

RESULTS: 11.5% are between 16 and 25 years old, 46.2% were between the ages of 26 and 35, 34.6% were between the ages of 36 and 45, and 7.7% were between 46 and 55 years of age. 61.5% are male and 38.5% are female. 13.5% have a primary level of education, 51.9% have only secondary education and 34.6% are higher education. 59.6% are in scheme I for treatment of pulmonary tuberculosis, 28.8% in scheme II and 11.5% in scheme for multidrug-resistant. 15.4% of the patients presented severe depression, 28.8% presented moderate depression, 38.5% presented mild depression and 17.3% did not present depression. 25% perceive very low social support, 26.9% perceive a low social support, 32.7% perceive a high social support and 15.4% perceive a very high social support, as it was possible to determine approximately half of the patients perceive a support favorable social

CONCLUSION: There is a high correlation (Pearson's $r = -0.875$) that is to say that the lower the perception of social support the more possibilities of depression in patients with pulmonary tuberculosis.

Palabras Clave: Depression and social support, pulmonary tuberculosis

ÍNDICE

	Pág
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO: I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1. Problema principal	13
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivo específico	14
1.4. Justificación e importancia de la investigación	14
1.5. Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos básicos	39
2.4. Hipótesis de la investigación	40
2.4.1. Hipótesis General	40
2.5. Variables	40
2.5.1. Operacionalización de la variable	42

CAPÍTULO: III METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	43
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	43
3.3. Población y muestra	43
3.3.1. Población	43
3.3.2. Muestra	43
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.4.1. Técnica	44
3.4.2. Instrumento	44
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
Anexos	63
-Matriz de consistencia	
-Modelo de instrumento	
-fotos	

ÍNDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág
1	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	47
2	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	48
3	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	49
4	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	50
5	NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	51
6	GRADO DE SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	52
7	CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y GRADO DE SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág
1	DEPRESIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES CON TBC PULMONAR	47
2	DEPRESIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR	48
3	DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON TBC PULMONAR	49
4	DEPRESIÓN SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TBC PULMONAR	50
5	NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON TBC PULMONAR	51
6	GRADO DE APOYO SOCIAL DE LOS PACIENTES CON TBC PULMONAR	52
7	CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR	53

INTRODUCCIÓN

Se calcula que aproximadamente dos billones de personas, es decir la tercera parte de la población mundial está infectado por el bacilo de la tuberculosis.

La tuberculosis desestabiliza la estructura de la sociedad, separando a los niños de la escuela, a los adultos del trabajo, estigmatiza socialmente a las personas, afecta a los más pobres del mundo, a los marginales y otros grupos vulnerables en un círculo vicioso de enfermedad y miseria, tres de cada cuatro personas con tuberculosis, son adultos jóvenes, consumidos en la plenitud de sus vidas.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada vez cobran mayor importancia y se estima que en año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados; existe diversos instrumentos para su valoración sin embargo es de los más reconocidos el Inventario de Depresión de Beck.

La Tuberculosis es una enfermedad antigua, que hoy en día tiene cura, sin embargo se mantiene como la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad a nivel mundial, su tratamiento suele ser prolongado y se han desarrollado diversas estrategias para su seguimiento como lo es el Terapia Acortado Estrictamente Supervisado, sin embargo actualmente se cuenta con cepas resistentes así como mortalidad importante a nivel mundial dado que se presenta mayoritariamente en la población económicamente activa; se conoce desde hace varias décadas su comorbilidad con Depresión y existe evidencia del impacto de esta última en el apego al tratamiento de la Tuberculosis.⁽¹⁾

Por lo que, con esta investigación diseñada según los parámetros de la Universidad Alas Peruanas pretendemos conocer el nivel de depresión asociada a esta enfermedad, así como el soporte social con que cuenta el paciente para afrontar la enfermedad en su conjunto, como parte del rol de la enfermera en el apoyo a superar la depresión y los estigmas de la tuberculosis.

CAPÍTULO: I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ámbito mundial.- La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso, la Organización Mundial de la Salud en el año 2015, refiere que 8,7 millones de personas que enfermaron de tuberculosis y el 1,4 millones murieron por esta causa, además menciona que más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, siendo ésta una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Para el 2015 se estimaron alrededor de 267,000 casos de tuberculosis en la Región de las Américas, cifra que equivale al 29% de habitantes, más de dos tercios (69%) de todos los casos incidentes estimados de tuberculosis ocurrieron en América del Sur, en los países andinos el 30%, otros países 39%; el 14% en el Caribe, el 12% en México y Centro-América, y el 5.5 % en América del Norte (OMS, 2015).⁽¹⁾

En América del Sur, el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en Brasil y el Perú. La OMS ha estimado que, de no emprenderse medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos de tuberculosis se habrá elevado a 10 millones.

La Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo fue de 88 x 100,000 habitantes en el 2016. La estructura de edades muestra que el 85% de los enfermos tiene entre 15 y 55 años de edad, es decir se encuentran en la etapa de mayor productividad de sus vidas, asimismo del total de enfermos, el 58% son de sexo masculino.

De todos los casos de tuberculosis, el 86% corresponden a casos nunca tratados y el 14 % a los antes tratados.⁽²⁾

En el Perú, según Minsa para el año 2015 ocurrieron 35, 541 casos de tuberculosis, en todo el país. El 58.7% corresponde a las Direcciones de Salud de Lima y Callao, y las Direcciones de Salud del interior del país: La Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín, son las que portan el mayor número de casos.⁽³⁾

La Tuberculosis, está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de reacciones adversas a medicamentos, que provocan o exacerban alteraciones de la esfera mental.

Por otro lado, la falta de conocimiento de la población en general, con relación a la Tuberculosis (forma de contagio, la existencia de un tratamiento y medidas preventivas), permite generar falsas creencias que conllevan al rechazo y marginación a aquellas personas que ya se encuentran llevando un tratamiento contra la Tuberculosis.

Asimismo, la enfermedad suele generar en el paciente diferentes alteraciones en una o más esferas de su vida cotidiana: familiar (separación física), laboral (dejar de trabajar o cambiar de trabajo), social (reducción de sus redes sociales), educativa (dejar de estudiar o disminución del rendimiento), psicológico (vergüenza o culpa), generadas usualmente por la

estigmatización en los diferentes espacios de socialización de la persona con tuberculosis.⁽⁴⁾

Por otro lado entre factores institucionales muchas veces el paciente no recibe ayuda educativa e información adecuada ya que el personal profesional de enfermería es reducido y ocupa mayor tiempo en procesos administrativos, por ello no dispone tiempo suficiente, y es delegada al personal técnico que muchas veces no cuenta con suficiente experiencia en diagnosticar la parte emocional, por lo cual no recibe mayor información o comunicación en el aspecto psicológico, para superar la enfermedad, los signos y síntomas que puede ocasionar el tratamiento. De esta manera afecta considerablemente su autoestima entrando en crisis depresiva, que muchas veces termina en abandono personal.

Por lo expuesto es que se crea la necesidad de conocer al prototipo de paciente con tuberculosis de la región sobre aspectos de interés como son la depresión y el soporte social con que cuenta el paciente.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Existe correlación entre el nivel de depresión y grado de soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERAL

- Determinar la correlación entre la depresión y grado de soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE 1. Indicar el nivel de depresión según edad en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

OE 2. Evaluar el nivel de depresión según sexo en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

OE 3. Precisar el nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

OE 4. Investigar el nivel de depresión según esquema de tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud de Acomayo de Ica, marzo 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La tuberculosis en el Perú, es considerada un problema de salud pública, el estado realiza esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir del grupo de los países endémicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y causa importante de muerte.

Siendo que los pacientes con tuberculosis pulmonar por la misma naturaleza de su enfermedad tienden a entrar en depresión, es que ellos necesitan el soporte social para poder afrontar su enfermedad ya que padecen de tuberculosis, mucho menos tienen el conocimiento como es que terminaron su tratamiento son excluidos de la sociedad por ello se debe realizar un estudio donde se pueda conocer hasta que nivel es que un paciente se deprima y si tiene un buen soporte social donde tendremos como beneficiarios a los pacientes con tuberculosis pulmonar así disminuir los casos de abandono de su tratamiento y disminución del incremento de la mortalidad en ciudades dando así un completo tratamiento adecuado y calidad a los pacientes.

La situación del enfermo se torna más crítica debido a que no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa y manifestaciones de síntomas depresivos, sino que también como consecuencia de los grandes problemas socioeconómicos que vive el país, el entorno de soporte social son escasas durante el tiempo que recibe el tratamiento antituberculoso, lo que finalmente repercute en forma negativa en la recuperación de la salud.

Por lo tanto, si las variables psicológicas y sociales fueran evaluadas y detectadas precozmente, serviría, primero, como predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento, previniéndose también que miembros de la familia cercanos al paciente corran el riesgo de ser contagiados (se sabe que una persona bacilífera puede contagiar durante un año de 4 a 10 personas de su entorno), y en segundo lugar se brindaría atención psicológica y social para disminuir el riesgo de que se intensifiquen los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física.⁽⁴⁾

Por lo anterior esta investigación es de importancia, porque, la tuberculosis, y sus repercusiones psicosociales hasta la actualidad no han sido investigadas exhaustivamente en nuestro medio, por lo que se estudia la relación que existe entre la tuberculosis y los niveles de depresión en los pacientes que acuden a recibir tratamiento a los Centros de Salud de Acomayo.

En el enfoque práctico, la información generada contribuirá a establecer estrategias de detección e intervención precoz, de acuerdo a los niveles de depresión que afectan a los enfermos con tuberculosis y en los aspectos de soporte social y poder sensibilizar a los familiares del paciente, comunidad en general y al personal de salud en relación a un mejor trato a este grupo especial de enfermos.

Relevancia teórica, porque permitirá conocer los niveles de depresión y soporte social de los pacientes con tuberculosis pulmonar y porque servirá como antecedentes para otros trabajos de investigación.

Relevancia social, ya que permitirá establecer proyectos o programas de investigación social educativa a la familia y entorno para dar soporte social al paciente con tuberculosis.

Relevancia económica, porque permitirá tomar acciones orientadas a prevenir que los pacientes con tuberculosis abandonen o pierdan el tratamiento que deben cumplir para su recuperación, repercutiendo en los presupuestos del MINSA.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación salud y desarrollo comunitario desarrolladas por la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad “Alas Peruanas” y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la ejecución del presente trabajo se tuvo algunas dificultades relacionadas con los factores administrativos como es el acceso a la información y obtención de los datos directamente de los pacientes.

Otra consideración a tener en cuenta, fue el riesgo de contagio al evaluar a los pacientes con tuberculosis pulmonar, algunos de ellos con tuberculosis resistente a drogas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Balcázar, I. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Objetivo: determinar la frecuencia de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en unidades de Medicina Familiar. Material y métodos: se evaluaron 38 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en Unidades de Medicina Familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; utilizando la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Resultados: se encontraron síntomas depresivos en 94.7% de los casos, el tipo de familia demostró ser un factor asociado con depresión, no así la funcionalidad familiar. Conclusiones: la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, por lo que es importante implementar medidas de apoyo en los pacientes que pertenecen a familias del tipo extensa para evitar síntomas depresivos.⁽⁵⁾

Rodríguez, E. (2013). Tuberculosis en España en el año 2013. Situación epidemiológica. En este estudio se presenta la situación de la tuberculosis en

España en 2013 a partir de los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como los resultados de tratamiento de los casos declarados en 2012. La tasa de incidencia de tuberculosis en 2013 fue de 11,88 casos por 100.000 habitantes, un 8% inferior a la del año 2012. Este descenso se debe fundamentalmente a la tendencia descendente y sostenida de las tasas de tuberculosis pulmonar y de adultos, mientras que en las tuberculosis de otras localizaciones y en niños el descenso es menos acusado, con tendencia a la estabilización. El porcentaje de casos nacidos en otros países se mantiene estable (aproximadamente 30% del total). Se dispone de información sobre el estatus VIH del 75% de los casos, de los que 7% fueron VIH positivos. Respecto a los resultados de tratamiento, el 76% de los casos nuevos pulmonares confirmados por cultivo declarados en 2012 tenían un resultado satisfactorio, 7% fallecieron, y del 12% no se disponía de información.⁽⁶⁾

Lara, H. (2014). Índices de depresión en los enfermos con tuberculosis pulmonar, un estudio controlado. México. Metodología: Mediante el procedimiento de selección de grupos al azar se formaron seis equipos de sujetos con 50 individuos de ambos sexos cada uno, que constituyen muestras estadísticamente representativas de la población atendida de manera institucional, tanto por la asistencia pública como por sistemas de seguridad social en los centros seleccionados para el estudio. De esta manera se incluyen todos los niveles socioeconómicos, que van desde la clase pobre e indigente hasta la clase media alta y económicamente activa. Resultados. Se plantea la necesidad de colaboración interdisciplinaria para la resolución integral de los problemas que aquejan al enfermo tuberculoso. El empleo de fármacos antidepresivos es un auxiliar importante en la terapéutica de los enfermos crónicos tuberculosos. Previenen complicaciones psicológicas y la deserción o el rechazo de la atención médica.⁽⁷⁾

Antecedentes Nacionales

Maldonado, A. (2016). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 - diciembre 2015. Objetivo: Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014- diciembre 2015. Material y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, transversal en los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa. Se usó un universo por conveniencia que fueron un total de 56 pacientes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 - 71 años de edad, los cuales aceptaron su incorporación al estudio de forma voluntaria. Para la medición del nivel de depresión se utilizó el Test de depresión de Zung; mientras que para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky- Green y la revisión de las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. Resultados: Los pacientes que presentan depresión leve tienen 55.6% de mala adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 65% y los pacientes con depresión severa tienen un 85.76% de mala adherencia. La comprobación de la hipótesis se realizó por medio de la prueba chi - cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, donde se obtuvo una significancia de 17,62 y valor de p menor que 0,05: por lo que se concluye que se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento. Conclusiones: Según los resultados del estudio la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR).⁽⁸⁾

Córdova J. (2015). Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015. objetivo fue

determinar la relación entre los niveles de depresión y soporte social que presentan los pacientes del programa de tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico con criterios de inclusión y exclusión, determinándose una muestra de 31 pacientes del programa de tuberculosis. El instrumento que se utilizó es la Escala de Soporte Social MSPSS, que consta de 12 ítems, distribuidos en dos dimensiones (soporte de amigos y soporte familiar), y el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 reactivos. Los resultados indican que el 32.3% de los pacientes presentan depresión mínima o está ausente, el 29.0% presenta depresión leve, 25.8% depresión moderada, y el 12.9% presenta una depresión grave. El 51.6% presenta soporte social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de soporte social. La correlación de Pearson muestra correlaciones indirectas y significativas entre las variables y sus dimensiones.⁽⁹⁾

Morales H. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la red almenara de Es salud- Lima, 2015. Objetivo: Determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogoresistentes (TB-MDR) de la Red Asistencial Almenara en EsSalud- Lima, año 2015. Pacientes y métodos: El presente estudio analítico transversal prospectivo se desarrolló con una población de 81 pacientes con TB-MDR. Para la medición del nivel de depresión se utilizó el Test de depresión de Zung; mientras que para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky- Green y la revisión de las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. El análisis de los resultados se realizó mediante la Prueba de la Exacta de Fisher para lo cual se consideró un intervalo de confianza de 95% ($p < 0.05$). Resultados: Los pacientes que no presentan depresión tienen el 82.14% de adherencia al tratamiento, además

los que presentan depresión leve tienen 76.67% de adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 17.65%. Es decir, se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento ($p < 0.05$). Conclusiones: Según los resultados del estudio la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).⁽¹⁰⁾

Yactayo, L. (2015). Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, enero - julio 2015. Objetivo: Determinar el nivel de Depresión en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015". En la que permite al profesional de enfermería prever acciones para el cuidado humano en todas las dimensiones especialmente la psicológica. Es de carácter cuantitativo de tipo descriptivo, con una muestra censal de 20 personas con tuberculosis pulmonar, se aplicó como instrumento el test de Zung, validado por juicio de expertos y por confiabilidad estadística mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación entre ítems. Se obtuvo los siguientes resultados: el nivel de depresión es intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15% y normal 10%. Con un mayor porcentaje según el sexo masculino con 30%, grupo etareo de 18- 29 con un 40%, de nivel secundaria con un 65%, y de estado civil soltero con un 50%. Por lo que se concluye que existen altos niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar. Por lo que se recomienda realizar una intervención oportuna para incluir acciones preventivas y de promoción dirigidas a dar apoyo psicológico para los familiares y los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.⁽¹¹⁾

Mamaní, B. (2015). Soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la Microred Chaclacayo, Lima. Objetivo: Identificar la relación

entre el soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la Microred de Chaclacayo, Lima - 2015. Metodología: Estudio no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra fue no probabilística y estuvo conformado por 58 pacientes pertenecientes a la Estrategia Sanitaria de Salud de control y prevención de la tuberculosis. Para el estudio se utilizó el cuestionario de MOSS de apoyo social y de tendencia suicida de Poldinger. Resultados: No existe relación entre el soporte social y el riesgo suicida, así mismo al relacionar las dimensiones del soporte social con riesgo suicida no se halló relación. Sin embargo, se encontró relación entre el número de familiares y el soporte social con un p valor de 0,002. El 58% de los pacientes presentaron escaso soporte social, el 41% alta probabilidad de riesgo suicida y el 39,7 % riesgo de suicidio. Conclusión: No existe relación entre ambas variables.⁽¹²⁾

Antecedentes Locales o Regionales

Bello B. (2017). Estilos de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar y adherencia al tratamiento en La microred La Palma Ica octubre 2017. Objetivo del estudio fue determinar los estilos de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar y adherencia al tratamiento en la Microred La Palma Ica Octubre 2016. El estudio correspondió al enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y de corte transversal; se tomó en cuenta la población total, la cual estuvo conformada por 33 pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en la Microred La Palma; para la recolección de datos se tomó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados: los estilos de vida según sus dimensiones de alimentación fueron saludables en el 66.7%(22) de los pacientes, en descanso y sueño saludables en 57.6%(19); las medidas e higiene fueron no saludables en el 55%(18); ejercicio y recreación fueron no saludables en 66.7%(22) y los cuidados emocionales, sociales y espirituales fueron saludables en el 58%(19); siendo de manera global no saludables en 58%(19). La adherencia al tratamiento fue regular 55%(18) en el tratamiento

farmacológico, respecto a las indicaciones complementarias la adherencia fue regular en 45.5%(15) siendo globalmente regular en el 55%(18) de pacientes con tuberculosis. Conclusiones: los estilos de vida fueron no saludables y la adherencia al tratamiento fue regular en los pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred La Palma Ica 2016.⁽¹³⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- TUBERCULOSIS:

Aspectos generales

La tuberculosis una enfermedad tan antigua como la humanidad, en la era pre-cristiana 10.000 a 5.000 años antes de cristo se ha encontrado alteraciones vertebrales atribuibles a tuberculosis óseas, lesiones semejantes se describen de momias egipcias que datan de 1.500 - 2.000 años antes de cristo. En el siglo XVI se detecta la primera epidemia en Inglaterra, estas infecciones se hicieron epidémicas con el advenimiento de la revolución industrial, en donde las condiciones de hacinamiento favorecían la diseminación del bacilo.

En 1804 Laenec consideró que la tuberculosis no solo afectaba a los pulmones sino también otros órganos que hasta ese momento eran considerados enfermedades distintas. En 1839 se oficializó el término tuberculosis. En 1882, Robert Koch, identifico y describió el bacilo que lleva su nombre. En este siglo se comprendió en forma exacta la enfermedad y su causa, pero aún no se conocía el tratamiento. A consecuencia de la tuberculosis se crearon sanatorios donde se daba importancia a la curación y la rehabilitación.

En 1895 Roentgen premio nobel, descubre los rayos X que permite detectar las lesiones pulmonares en pacientes asintomático. En 1940, Calmeette y Guerin, descubrieron la vacunación BCG con ello se logra disminuir las tasas de mortalidad.

En 1944 se descubre la estreptomycin, fue considerado era de quimioterapia. En 1946 se descubre la pirazinamina. En 1953, se demostró que la Isoniacida

era un fármaco antituberculoso de características diferentes y más eficaz que la Estreptomina, a partir de entonces la TBC, fue curable, administración de tratamiento fue en 2 etapas: una intensiva de 3 meses o más con las drogas estándar, la segunda con 2 drogas y una duración de 18 a 24 meses de tratamiento.

A fines de los 80 la TBC en el Perú, había llegado a una situación de extrema severidad, con altas tasas de incidencia y muy baja eficiencia técnica en las actividades de control, condicionando una situación epidemiológica y social de mal pronóstico.

A partir de 1990, el estado dio prioridad al problema, a pesar de esto solo el 50% de las personas que eran diagnosticadas con TBC culminaban su tratamiento, considerándolas curadas.

En la actualidad, si bien es cierto la TBC es una enfermedad curable, aún no ha sido controlada por diversas causas entre ellas: abandono de tratamiento, la pobreza, el hacinamiento, etc.; que han hecho que el índice de morbimortalidad se incremente. Es por ello la Estrategia Sanitaria de prevención y control de la tuberculosis ha logrado importantes avances, tratamiento gratuito y supervisado, captación Sintomático Respiratorio (S.R), asimismo las acciones de apoyo alimentario a las personas con tuberculosis.⁽¹⁴⁾

2.2.1.1.- La tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecta contagiosa que se produce cuando una persona entra en contacto con el bacilo de Koch, que suele localizarse principalmente en los pulmones y de ahí puede desimarse a otras partes del cuerpo, y se trasmite por vía respiratoria cuando la persona enferma expulsa el microbio al aire al toser o estornudar, y este es aspirado por otra persona que está en contacto frecuente con el infectado.

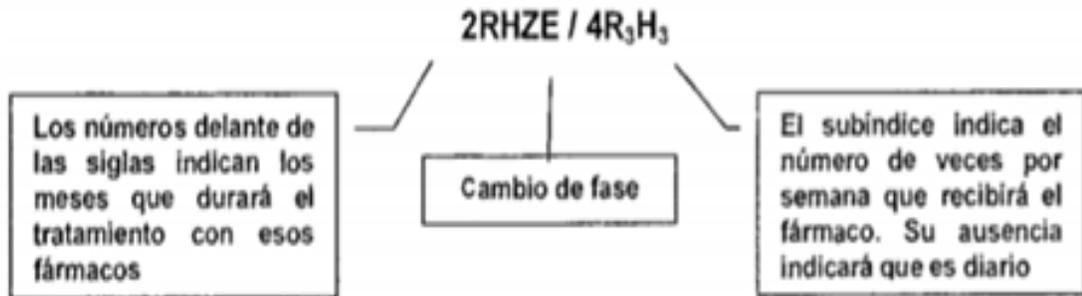
2.2.1.2.- Cadena epidemiológica

Enfermedad tuberculosis, agente *Mycobacterium Tuberculosis*, puerta de entrada, vía respiratoria: nariz, boca; modo de transmisión: gotita de Flugge

2.2.1.3.- Tratamiento de la tuberculosis.

Esquema para TB sensible:

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



Donde H: Isoniacida, E: Etambutol, R: Rifampicina, Z: Pirazinamida

Dosis para adultos y niños:

Primera fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H₃ R₃) tres veces por semana (54 dosis)

Esquema para TB resistente: Se clasifican en grupos según eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis.

Grupo	Medicamentos
Grupo 1: Agentes de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomina (S).
Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea	Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).

Grupo 3: Fluoroquinolonas	levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx)
Grupo 4: Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales	etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)
Grupo 5: Agentes con evidencia limitada	clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico (Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

Los esquemas de tratamiento para TB resistente son de tres tipos: estandarizado, empírico e individualizado.

Esquema estandarizado: Para paciente con factores de riesgo para TB MDR y no puede esperar un resultado de PS rápida o convencional para iniciar su tratamiento.

Esquema Empírico: Paciente con diagnóstico de TB resistente según PS rápida o convencional solo a medicamentos de primera línea.

Esquema individualizado: Paciente con diagnóstico de TB resistente con resultado de una PS convencional para medicamentos de primera y segunda línea.

Casos de TB mono o polirresistente: En casos de TB mono o polirresistente a medicamentos de primera línea, los esquemas individualizados deben darse de manera diaria de lunes a sábado.

Casos para tuberculosis MDR/ XDR

Los esquemas individualizados para TBMDR serán elaborados por el medico tratante, que debe elaborarse considerándose los siguientes principios:

- 1- Incluir por lo menos 4 medicamentos antituberculosos de segunda línea a los que son sensibles o nunca fueron administrados en el paciente.

- 2- Incluir pirazinamida por su potencial beneficio y etambutol cuando se demuestre que la sepa es sensible.
- 3- Los antecedentes de abandono o tratamiento irregular.
- 4- Utilizar medicamentos del quinto grupo en casos de TB XDR.

Los pacientes con TB XDR deben:

- 1- Recibir medicamentos parenterales por catéteres subcutáneos de larga duración.
- 2- Al alta hospitalaria, la continuación del tratamiento será en instituciones con medidas de control de infecciones.

2.2.2.- DEPRESIÓN

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo disminuido, pérdida de capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas que le eran placenteras, pensamiento lentificado, sentimientos de minusvalía.

En la actualidad la depresión es conocida como problemática de la salud pública ya que los índices se incrementan día a día. De acuerdo a las estimaciones de la OMS: para el año 2020, de cada veinte personas una sufrirá al año una depresión y más de 15% de toda la población mundial padecerá, en algún momento un episodio depresivo durante su vida.

De acuerdo al sexo, la depresión tiene una prevalencia estimada del 12.7% en hombres, y en las mujeres es de 26%, siendo el sexo femenino la mayor demandante entre los 30 y 59 años, esta diferencia se debe que la mujer es más sensible fisiológicamente, siendo más frecuente en clase baja; respecto al estado civil los divorciados y separados padecen en primer lugar.

Otra realidad preocupante es que a menudo la depresión se subdiagnostica y se trata de manera inadecuada, se considera que es una enfermedad con tendencia a la cronicidad o a la recurrencia, con una tasa de recaídas que alcanza al 80% de los enfermos.⁽¹⁷⁾

2.2.2.1.- Cuadro clínico de la depresión

El enfermo con depresión clínicamente se ve afectado en cuatro áreas de su funcionamiento:

AFFECTIVA: Manifestación de pena y tristeza mucho más duradera y penetrante en algunos pacientes, irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes.

COGNITIVA: manifestaciones de menosprecio hacia si mismo, la persona se siente indeseable e inútil, debido a su defecto se subestima y autocrítica por ello.

MOTIVACIONAL: Caracterizado por un desempeño decreciente y desinterés por las actividades cotidianas.

SOMÁTICA: caracterizadas por fatiga, trastorno del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda.⁽¹⁸⁾

2.2.2.2.- Depresión se da: en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento

La persona generalmente responde ante la noticia de un diagnóstico de tuberculosis con una variedad de emociones en consecuencia se deprime porque es una enfermedad muy contagiosa por lo mismo las personas de su alrededor sienten rechazo, vergüenza y prejuicios pues implica el riesgo de enfermar a otras personas. Y por el solo hecho de aislar provoca en las personas, alteraciones en su estado afectivo; por otro lado en tratamiento de la tuberculosis produce angustia en las personas que la padece por larga duración y evolución de los síntomas y la necesidad de permanecer en reposo obligado (semanas, meses) lo que determina limitaciones en lo relacionado a la vida futura, frustra sus proyectos de vida personal, familiar y su economía.

Asimismo la (OMS) indica que la persona con tuberculosis pierde cada año entre 3 a 4 meses de trabajo como consecuencia de la enfermedad es decir pierden más de 30% de sus ingresos anuales, en alguna caso, pierde el 100%

por que se quedan sin trabajo todo ello les ocasiona un alto sufrimiento psicológico, tanto al paciente como a su familia y su entorno.⁽¹⁸⁾

2.2.2.3.- Síntomas de la depresión

Una depresión puede presentar múltiples síntomas y mostrarse en grados diferentes. Los malestares típicos indican una variación individual y notable. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud un episodio depresivo es aquél que se caracteriza por un estado de ánimo triste que dura al menos dos semanas. Asociado a él se produce una pérdida en cuanto a la disposición para mostrar alegría, estímulos e intereses, así como en la capacidad general de concentración y rendimiento.

Además, aparecen síntomas físicos característicos, como por ejemplo problemas de sueño, pérdida de apetito y peso así como una opresión mental respecto a una situación que se considera sin salida. Esto puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. El pensamiento se ralentiza y gira en torno a un solo tema, que suele ser lo mal que uno se siente, lo inútil resulta la situación actual y qué desesperado parece ser el futuro.

Las características que puede presentar una persona son:

- ✓ Tristeza
- ✓ Sensaciones fracaso
- ✓ Culpa
- ✓ Expectativa de castigo
- ✓ Auto desagrado
- ✓ Auto acusación
- ✓ Llanto
- ✓ Separación social
- ✓ Perdida del libido
- ✓ Psicossomático

- ✓ Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades pesimismo.
- ✓ Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.⁽¹⁹⁾

2.2.2.4.- Prevención

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, que se sigan ciertos consejos o modos de vida.

- Tener pensamientos positivos
- Cuidar la salud física
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades de forma lenta y gradual.
- Aceptarse a uno mismo.
- No compararse con otras personas que considera favorecidas.
- Expresar las emociones
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto
- Reunirse periódicamente con el terapeuta
- Comer una dieta equilibrada
- Hacer ejercicio físico.⁽²⁰⁾

2.2.2.5.- Soporte social

Un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (efectos protectores):

- ✓ al promover el dominio emocional,
- ✓ al proporcionar orientación y consejo,

2.2.3.- COMPONENTES DEL SOPORTE SOCIAL

Redes sociales

Es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que "las redes sociales proveen un número de funciones de soporte a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan", tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal.

Soporte social percibido

Es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes.

Soporte social efectivo

Está referido a las acciones mismas de soporte, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades.

El énfasis en las distinciones entre los conceptos de soporte social no ha intentado dañar ninguna significación importante entre ellas. Heller y Swindle proveyeron un modelo de soporte social y afrontamiento de la situación que

describía las situaciones entre las conexiones del medio ambiente social, soporte percibido y soporte previsto buscado.

En este modelo la disponibilidad de las conexiones sociales (redes) contribuyen a que el individuo perciba que puede confiar en otros para ayuda o sustento emocional. Además, la disponibilidad percibida del soporte es relativa a la decisión individual de buscar soporte y por último para la previsión de soporte por aquellos individuos que son capaces de cubrir la asistencia necesitada. Este es un modelo útil para diseñar distinciones entre; redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo, y al mismo tiempo describir sus interrelaciones.⁽²¹⁾

Características por falta de soporte social

- Necesidad de apoyo
- Falta de ayuda
- Inseguridad
- Falta de apoyo emocional
- Necesidad de consuelo
- Inseguridad de amigos
- Incomprensión
- Sentimiento personal
- Decisiones
- Amistades

Dimensiones del soporte social

Soporte social en familia:

Es interesante en este tipo de estudios es que el apoyo de los miembros de la familia y otros íntimos parece venir desproporcionadamente de las mujeres, no importa si el que recibe la ayuda es una mujer o un hombre. En las culturas occidentales, madres, hijas y nueras son los proveedores primarios de apoyo, mientras los miembros de la familia varones a menudo no consideran dar tal apoyo como parte de su responsabilidad ya que es básico y

fundamentalmente para el apoyo de un enfermo de tuberculosis ya que ellos son los que perciben todo lo que sus familiares les brindan en el transcurso de su enfermedad.

Soporte social en amigos

La naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectados con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos en general.

Las investigaciones sobre el apoyo han puesto en evidencia la importancia de las relaciones íntimas con familiares y amigos como factor que modera de manera directa los efectos del estrés y influye de manera indirecta sobre diversas variables como los eventos vitales dañinos o amenazantes, disminuyendo sus impactos negativos.

Aunque la índole y desarrollo de los lazos íntimos que se establecen con la pareja y familiares cercanos tienen o juegan un importante papel en el proceso salud-enfermedad y en el bienestar de los individuos, nos referimos aquí de manera particular a las relaciones de amistad y a su significación como fuente de apoyo social, promotora del bienestar físico y psicológico.⁽²³⁾

El soporte social en la Tuberculosis

La tuberculosis pulmonar no debería ser limitada sólo a un fenómeno negativo en la vida del sujeto. La percepción de los hechos que el individuo realiza dependerá en gran parte de factores que ni son leídos de la realidad externa ni tampoco fruto de su elaboración intelectual. Hay una percepción social de los hechos como miembros de una comunidad cultural nos hallamos instalados en corrientes sociales de interpretación cuyos móviles, resortes y funciones están integrados al cuerpo social.

A estos modos de conocimientos socialmente originados, utilizados y compartidos para orientar nuestras percepciones se les denomina "representaciones sociales". Estas representaciones tienen un abanico de funciones que cumplir: defensa de la identidad social de los sujetos, integración de fenómenos nuevos, orientación de la conducta y facilitación de

la comunicación. Las representaciones sociales involucran tantos aspectos de manipulación más complejos o llegado el caso, nula como son los valores tradicionalmente transmitidos, los sentimientos ético-estético y las ideologías. Por esta razón el campo de las representaciones sociales no se reduce a cuestiones intelectivas instrumentales, ni a campos cognitivos puramente racionales, sino que integran también instancias culturales socialmente adquiridas: no sólo percibimos y pensamos con ella sino y esto es importante, desde ellas.

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

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

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

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el enfermo contagiado con tuberculosis.⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

2.2.4.- TUBERCULOSIS Y DEPRESIÓN

No es de sorprender, que aún no se reconozca la mayoría de los casos en que existe un trastorno depresivo, debido a que con frecuencia los pacientes deprimidos aquejan problemas físicos.

Además de los muchos factores que encubre el trastorno depresivo, con frecuencia el personal de enfermería tiene alguna limitación por la propia formación profesional y por su enfoque práctico para reconocer la enfermedad depresiva, lo cual conduce a dar prioridad al tratamiento de síntomas somáticos, sin realizar un estudio exhaustivo en el área psicosocial.

El primer obstáculo para el reconocimiento de la depresión es que solo uno de cada tres pacientes con trastorno depresivo busca ayuda en el personal de salud. El estigma asociado con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental aparentemente forma parte de la renuncia de los pacientes a buscar tratamiento, aceptarlo, cumplir con él y no interrumpirlo.

Otro factor importante es que la depresión todavía es considerada por muchos enfermos y las personas en general como la evidencia de un defecto de carácter, debilidad emocional o falta de fuerza de voluntad, es por eso que la mayoría de las personas piensan que los pacientes con depresión podrían mejorar con solo proponérselo. Asimismo, el brindar apoyo psicológico al enfermo con tuberculosis, durante los meses de tratamiento se torna insuficiente, si por su condición socioeconómica no cuenta con un entorno social y familiar que le brinde un soporte efectivo.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

Tuberculosis y factores sociales

La Tuberculosis (TB), está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de Reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerbaban alteraciones de la esfera mental, contribuyendo al incumplimiento de la terapia.

Es de esperarse algún nivel de depresión situacional en la mayoría de los pacientes que luchan contra las dificultades de la terapia para la TB fármacorresistente.

La Isoniazida, la etionamida y la cicloserina se ha relacionado con la depresión, la que a su vez ha sido descrita como severa en varios reportes. El retiro de este medicamento del esquema está asociado con una recuperación rápida. Por lo general, cuando hay presencia significativa de depresión, la cicloserina no debe ser parte del esquema de tratamiento inicial.

Cuando se encuentre un paciente con TB-MDR con depresión, el médico tratante debe principalmente evaluar y atender los conflictos psicosociales subyacentes; además se le debe preguntar al paciente si ha presentado ideas suicidas, en el caso que la depresión se ha agravado.

Al inicio se puede manejar a depresión causada por los medicamentos con la reducción de la cicloserina y etionamida a 500mg diarios para ver si disminuye la depresión. Sin embargo, si es que la depresión progresa o no mejora con un intento de terapia con antidepresivos y descontinuar con la cicloserina y posteriormente la etionamida también.

Según MINSA se evidencia en todo el país que la tuberculosis afecta más a la población en edad productiva, de 15 a 49 años, siendo considerado como la segunda causa de muerte, que adquiere condiciones de mayor riesgo en el grupo provenientes de zonas rurales de la sierra y la selva, a áreas urbanas

de la costa, creándose así AA.HH. un medio de extrema pobreza, siendo un riesgo de alta incidencia en la enfermedad tuberculosa en esta zona.

En la población pobre del Perú se origina la presencia de síntomas depresivos; a consecuencia de la situación económica y marginalidad social, bajos niveles de educación y la alta incidencia de analfabetismo. Asimismo, existan deficiencias en la alimentación y salud, lo que implica que gran número de personas con escasos recursos económicos estén propensas a contraer tuberculosis por sentir deprimido ante esta situación.⁽²⁸⁾

De igual manera la depresión afecta a la persona con tuberculosis produciéndole alto sufrimiento psicológico, tanto al paciente como a su familia y su entorno.

Este trastorno emocional provoca, en las personas, alteraciones en su estado afectivo, de conocimiento, motivacional (desgano) y en su organismo en general.

Por otro lado, el estigma social que lleva a la persona enferma con tuberculosis hace el problema mayor, considerando que el estigma es una etiqueta o marca negativa que se emplea para rechazarla, herirla o avergonzarla, acentuando aún más el sufrimiento de la persona.

Asimismo, la familia y amigos del enfermo manifiesta actitudes sociales (maneras de entender y comunicar la realidad de la enfermedad de tuberculosis desde su propio conocimiento, cultura o prejuicios) en forma negativa, cargados de censura, provocando en la persona enferma respuestas emocionales como: vergüenza, culpa, retraimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado.

Esto la lleva a un estado de tristeza, desamparo, soledad, porque conoce bien que la comunidad lo señala, intenta excluirlo por considerarlo peligroso e inclusive considera que debe tomar precauciones para evitar contagiar a los miembros de su familia.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

2.2.5.- MODELO DE ENFERMERÍA

Los modelos de enfermería usados en soporte social, entendido como el soporte de las relaciones humanas o interpersonales es el modelo de Hidelgard Peplau, quien define la enfermería como proceso interpersonal, puesto que su objetivo es promover la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva productiva personal y en comunidad, el proceso interpersonal es terapéutico, funciona en cooperación con otros procesos humanos para hacer posible el estado de salud.

Peplau su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

La publicación de H. Peplau "Relaciones Interpersonales en Enfermería" creó un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental, la importancia de la enfermera durante el "proceso interpersonal" que define como terapéutico y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje.

A medida que el proceso terapéutico interpersonal entre enfermera-paciente se desarrolla desde extraños a colaboradores, el paciente y la enfermera clarifican sus roles, alcanzan una comprensión mutua de los problemas del paciente e identifican sus propósitos.

Hidelgard Peplau basa su modelo de enfermería en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y busca proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana.

La teoría interpersonal de enfermería se centra en la relación enfermera-paciente, desarrollar una relación eficaz significa que la enfermera debe aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.⁽³¹⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Depresión: Alteración de la Conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma. Término que se utiliza para designar una serie de alteraciones Cognitiva-conductual (normal, leve moderada, moderada intensa, y muy intensa).

Factores Socioculturales: cultura y sociedad van siempre de la mano, de tal manera que no puede existir la una sin la otra, porque mientras que la cultura provee el conjunto de significados que permiten las relaciones entre las personas dotando de sentidos en común a las vivencias de la vida cotidiana.

Soporte social: Es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes.

Soporte de amigos: La naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectados con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos en general.

Soporte familiar: Es el soporte de los miembros de la familia fundamental para el apoyo de un enfermo de tuberculosis ya que ellos son los que perciben todo lo que sus familiares les brindan en el transcurso de su enfermedad.

Tuberculosis pulmonar: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por un bacilo llamado Mycobacterium Tuberculoso o bacilo de Koch que afecta principalmente a los pulmones.

Bacilo de Koch: Nombre de la bacteria que ocasiona la tuberculosis pulmonar.

Bacteria: Microorganismos unicelulares que se multiplican comúnmente por división celular.

Aeróbico: Microorganismo que puede vivir y desarrollarse en presencia de oxígeno libre.

Baciloscopia: Es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de la tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento de los pacientes con tuberculosis.

Vacunación BCG: La vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Güerin) contiene bacilos vivos y atenuados.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

HI: Existe correlación entre el nivel de depresión y el grado de soporte social en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente

Depresión del paciente con tuberculosis pulmonar.

Variable independiente

Soporte social del paciente con tuberculosis pulmonar.

Variables intervinientes

Edad

Sexo

Grado de instrucción

Esquema de tratamiento

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Depresión.- Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Soporte social.- Es el que permite al individuo, sentirse querido, valorado y aceptado. Se pueden así satisfacer necesidades como las de seguridad, de contacto social, de sentido de pertenencia y de afecto.

Edad.- Años de vida.

Sexo.- Características genotípicas y fenotípicas de un sujeto.

Grado de instrucción.- Nivel cultural alcanzado.

Esquema de tratamiento.- Tipo de tratamiento antituberculosis según características de la enfermedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Depresión.- Variable categórica que será medida en escala nominal

Soporte social.- Variable categórica que será medida en escala nominal.

Edad.- Variable categórica que será medida en escala ordinal.

Sexo.- Variable categórica que será medida en escala nominal.

Grado de instrucción.- Variable categórica que será medida en escala ordinal.

Esquema de tratamiento.- Variable categórica que será medida en escala nominal.

2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
V. dependiente Depresión del paciente con tuberculosis pulmonar.	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Variable categórica que será medida en escala nominal.	Escala obtenida en el test de Zung.	Test de Zung.	Paciente con TBC pulmonar
V. independiente Soporte social del paciente con tuberculosis pulmonar.	Es el que permite al individuo, sentirse querido, valorado y aceptado. Se pueden así satisfacer necesidades como las de seguridad, de contacto social, de sentido de pertenencia y de afecto.	Variable categórica que será medida en escala nominal.	Escala obtenida en el test de soporte social MSPSS.	Escala de soporte social MSPSS.	
V. intervinientes Edad.	Años de vida.	Variable categórica medida en escala ordinal.	Fecha de nacimiento.	Ficha de datos.	
Sexo.	Características genotípicas y fenotípicas de un sujeto.	Variable categórica medida en escala nominal.	Características fenotípicas.		
Grado de instrucción.	Nivel cultural alcanzado.	Variable categórica medida en escala ordinal.	Grado de estudios.		
Esquema de tratamiento.	Tipo de tratamiento antituberculosis.	Variable categórica medida en escala nominal.	Tipo de tratamiento.		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental pues no se modificaron las variables, prospectiva pues los datos fueron obtenidos a propósito de la investigación, transversal pues solo se midió en una oportunidad las variables.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es relacional cuyo objetivo es correlacionar.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION: Centro de Salud de Acomayo de Ica ubicado en: Jirón / Ramón Castilla S/N / Acomayo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Pacientes tratados en el programa de Tuberculosis del Centro de Salud de Acomayo a la fecha de marzo 2018 que son 52 pacientes.

3.3.2. MUESTRA

El estudio se realizó en la población y los casos a estudiar fueron obtenidos según criterios de inclusión.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Paciente con tuberculosis pulmonar tratado en el centro de Salud de Acomayo a la fecha de marzo 2018.
- Que desee colaborar con el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Paciente con tuberculosis pulmonar que no se encuentre en condiciones de colaborar con la investigación.
- Que no desee colaborar con el estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

Se abordó al paciente en el Centro de Salud y en algunos casos se realizó visita domiciliaria a fin de poder encuestar en un tiempo prudencial y poder tomar la muestra adecuadamente.

La técnica fue la encuesta para obtener la variable depresión a través del test de Zung

La encuesta, para obtener la variable soporte social a través de la escala de soporte social.

Encuesta para obtener las variables edad, sexo, grado de instrucción, tipo de tratamiento.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Para medir los niveles de Depresión en los pacientes, se utilizó el test de Zung para identificar los niveles de Depresión en los pacientes en tratamiento contra la tuberculosis.

Para la puntuación se uso de la escala de Likert de 4 puntos, desde 1 punto (raramente o nunca) hasta 4 puntos (casi todo el tiempo o

siempre). Según esta escala daremos un puntaje de 1 al 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; por lo tanto, el rango de puntuación es de 20 puntos mínimo a 80 puntos máximo. Luego, se obtendrá un porcentaje del puntaje sobre el puntaje máximo. Si el puntaje es menor del 50% (menos de 40) se encuentra dentro de los límites normales; si es de 50 a 59% (40-47) es considerado como depresión Leve; si es de 60 a 69% (48-55) es considerada depresión moderada; por último, si es de 70% (56-80) a más es considerada depresión intensa.

Para obtener la variable soporte social se cuenta con la Escala de soporte social MSPSS (Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social)

Para las variables edad, sexo, grado de instrucción y tipo de tratamiento se tendrá una ficha de recolección de datos.

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

Los instrumentos utilizados fueron validados.

La EZ-D Test de Zung, ha sido validada en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad que oscila entre el 92% y 95%, y una especificidad entre 74% y 87,5%, mientras que su consistencia interna alfa de Cronbach de 0,84.-

La escala de soporte social mostró una confiabilidad adecuada para la escala total (α de Cronbach=0,88)

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

Una vez recolectados los datos, fue necesario organizarlos, clasificarlos y resumirlos adecuadamente, de tal manera que posibilite un mejor análisis de la información obtenida. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23, en él se tabularon los datos.

Se analizó los resultados utilizando estadística descriptiva como es proporciones y estadística inferencial.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 01
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE
ICA, MARZO 2018

Grupos etáreos	Frecuencia	Porcentaje
16 a 25 años	6	11.5%
26 a 35 años	24	46.2%
36 a 45 años	18	34.6%
46 a 55 años	4	7.7%
Total	52	100.0%

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que la mayoría de pacientes con tuberculosis están entre los 26 a 45 años de edad 80.8% de los encuestados. Y en menor proporción los de 16 a 25 años 11.5% y los de 46 a 55 años 7.7%

GRÁFICIO N° 01

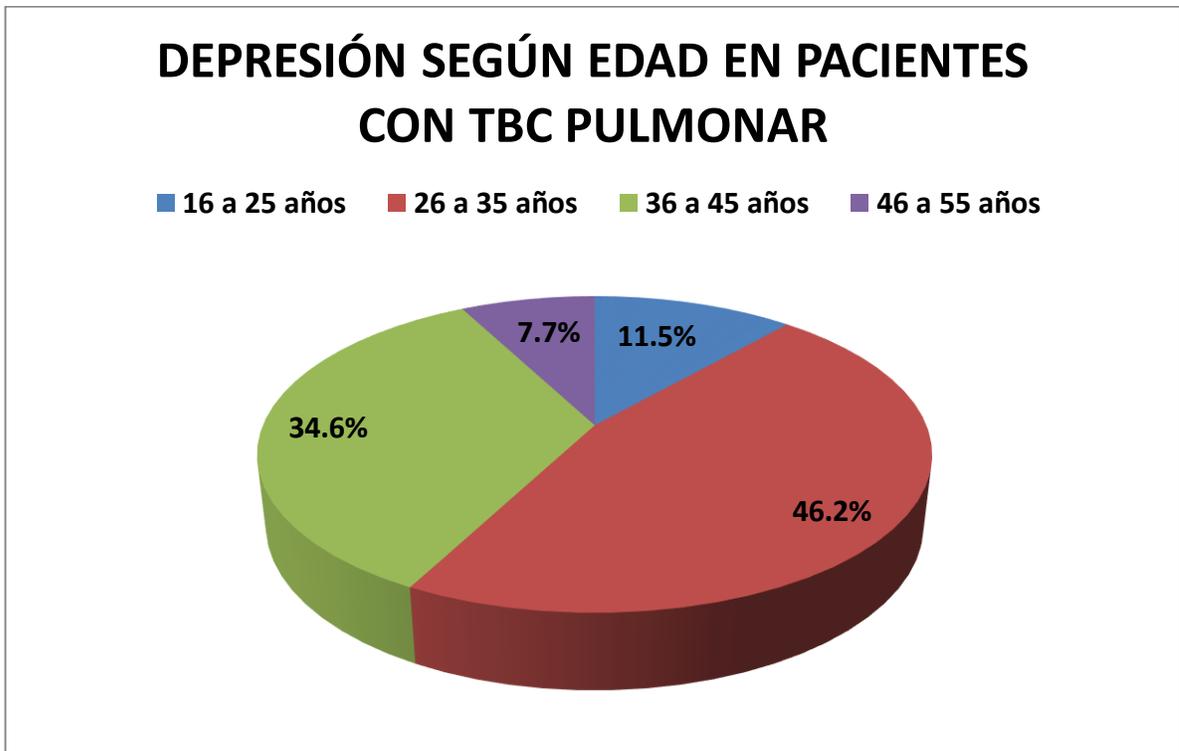


TABLA N° 02
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE
ICA, MARZO 2018

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	32	61.5%
FEMENINO	20	38.5%
Total	52	100.0%

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que la mayoría de pacientes con tuberculosis son del sexo masculino 61.5% y en menor proporción los de sexo femenino 38.5%.

GRÁFICO N° 02

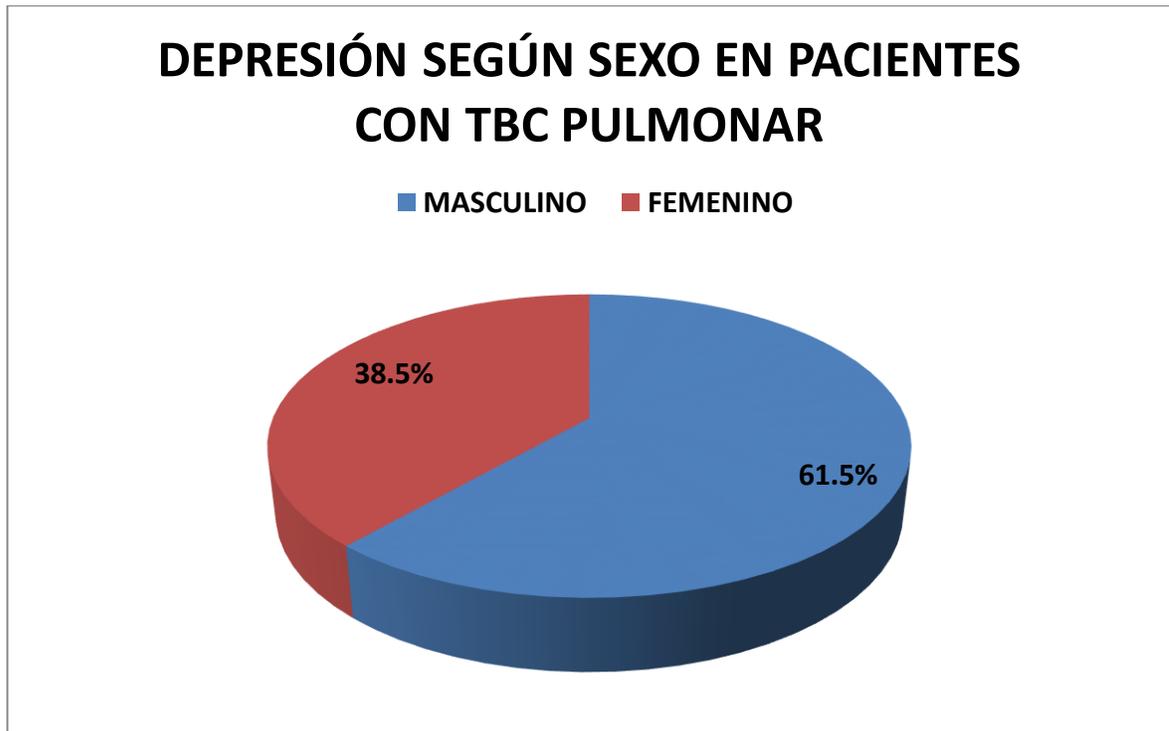


TABLA N° 03
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	7	13.5%
SECUNDARIA	27	51.9%
SUPERIOR	18	34.6%
Total	52	100,0

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que los pacientes presentaban grado de instrucción primaria en el 13.5%, secundaria el 51.9% y nivel superior 34.6%

GRÁFICO N° 03

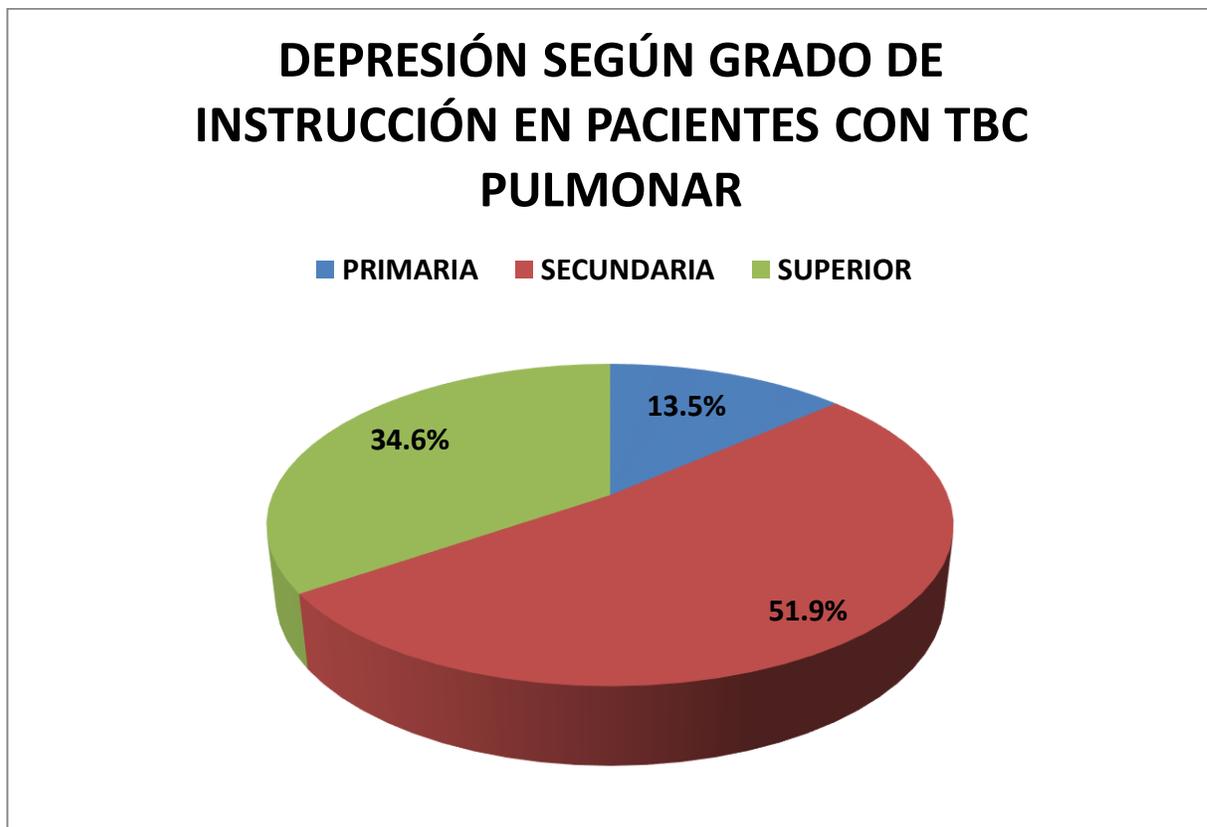


TABLA N° 04
NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018

Esquema de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sensible fase I	31	59.6%
Sensible fase II	15	28.8%
MDR	6	11.5%
Total	52	100.0%

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que el 59.6% están en el esquema sensible fase I para tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el 28.8% en el esquema sensible fase II y el 11.5% en esquema para multidrogorresistente.

GRÁFICO N° 04

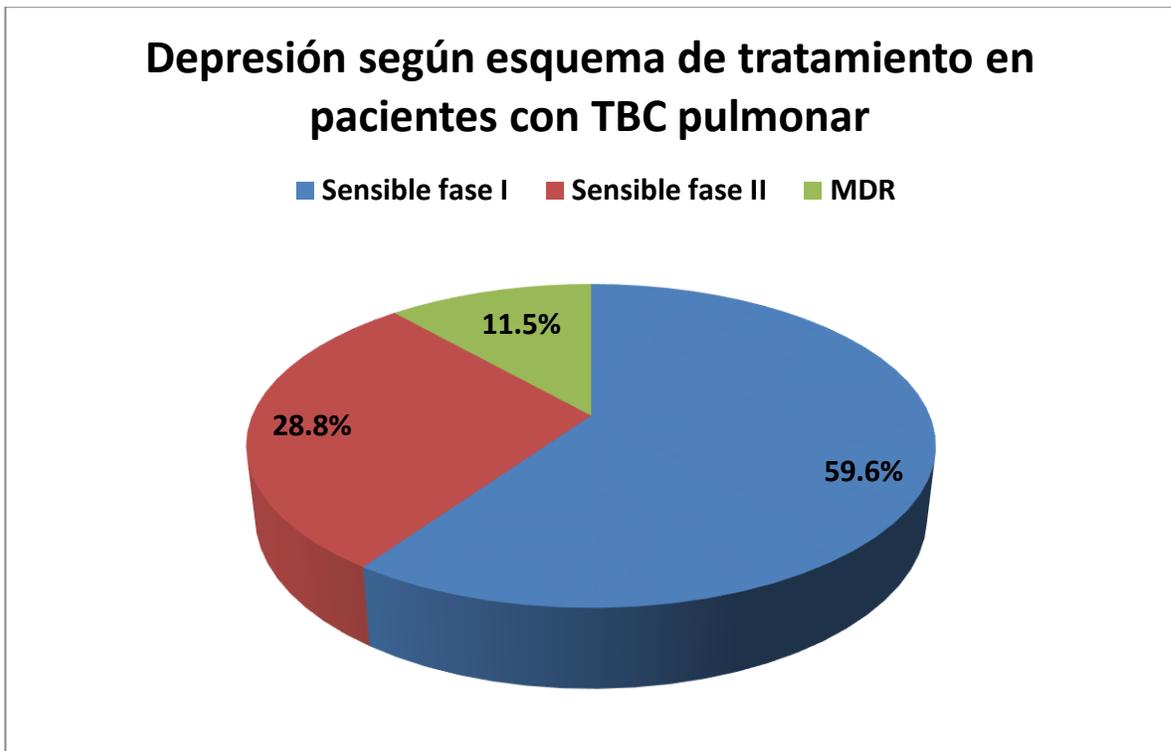


TABLA N° 05
NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO
2018

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
DEPRESIÓN SEVERA	8	15.4%
DEPRESIÓN MODERADA	15	28.8%
DEPRESIÓN LEVE	20	38.5%
NORMAL	9	17.3%
Total	52	100.0%

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que la mayoría de los pacientes presentan depresión entre moderada y leve 38.5% y 28.8% respectivamente, mientras que el 15.4% tienen depresión severa y el 17.3% no presentan depresión.

GRÁFICO N° 05

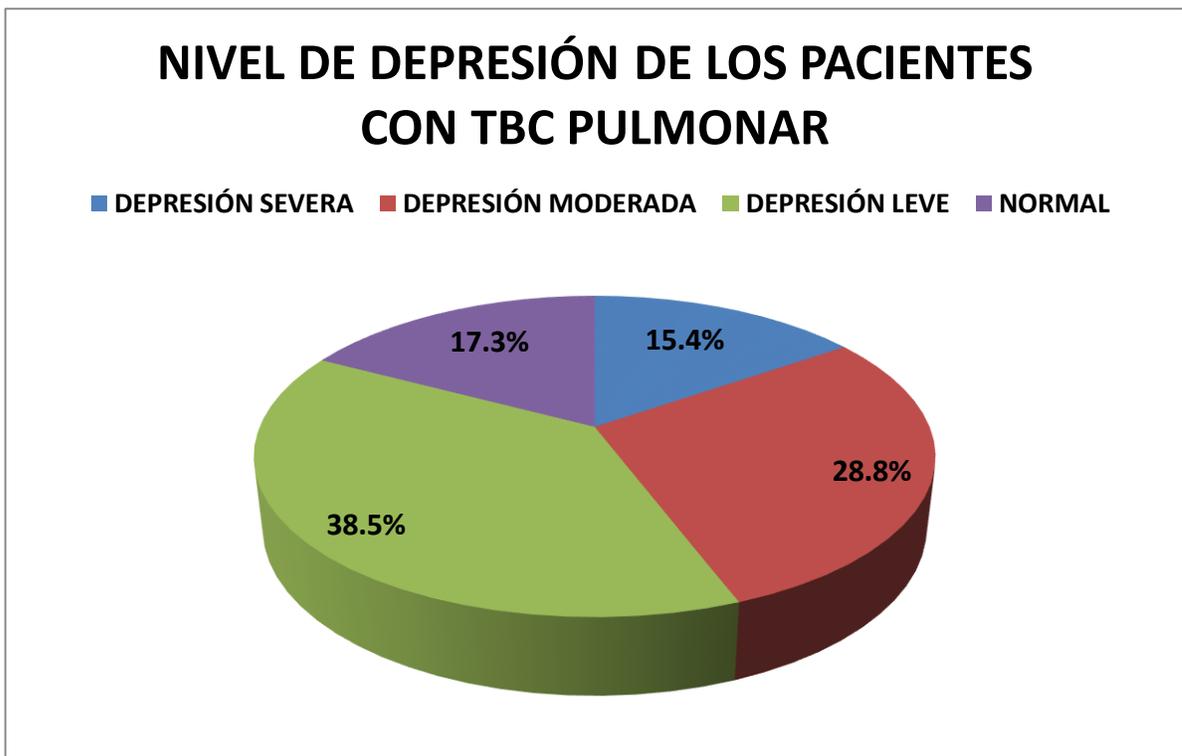


TABLA N° 06
GRADO DE SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE
ICA, MARZO 2018

Soporte social	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO APOYO SOCIAL	13	25.0%
BAJO APOYO SOCIAL	14	26.9%
ALTO APOYO SOCIAL	17	32.7%
MUY ALTO APOYO SOCIAL	8	15.4%
Total	52	100.0%

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra que el 25% de los encuestados presenta una percepción de grado de apoyo social muy bajo, el 26.9% bajo apoyo social, el 32.7% alto apoyo social y el 15.4% muy alto apoyo social.

GRÁFICO N° 06

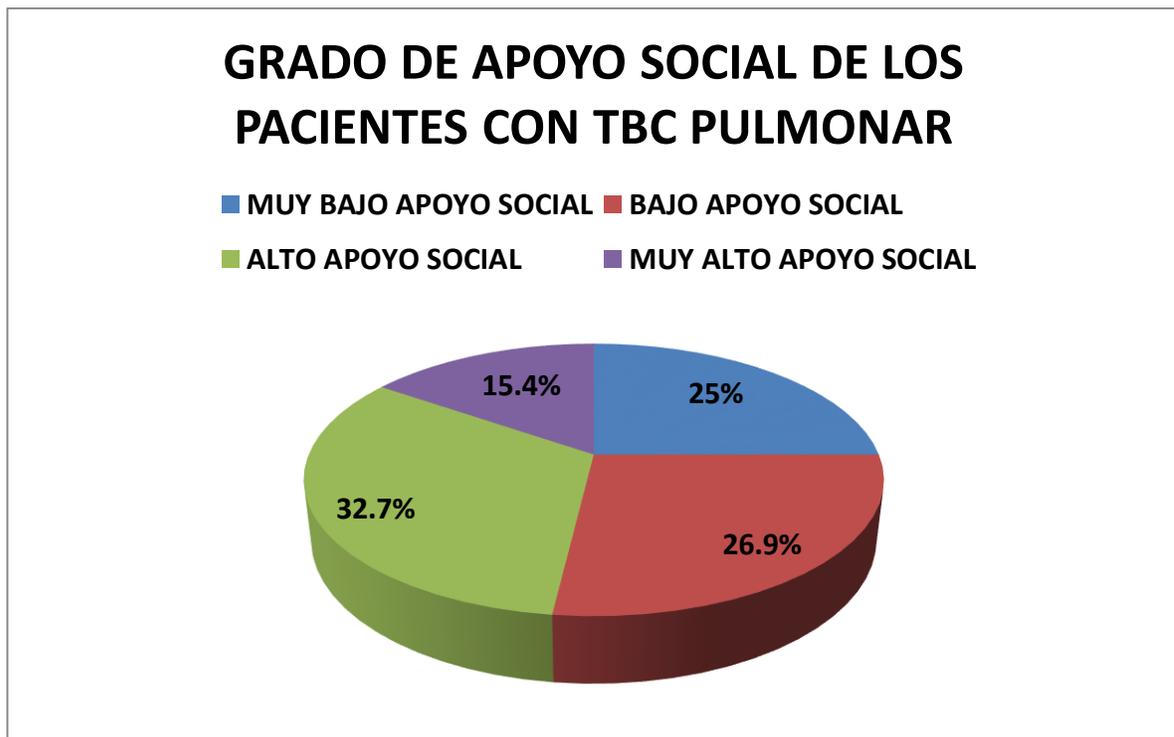


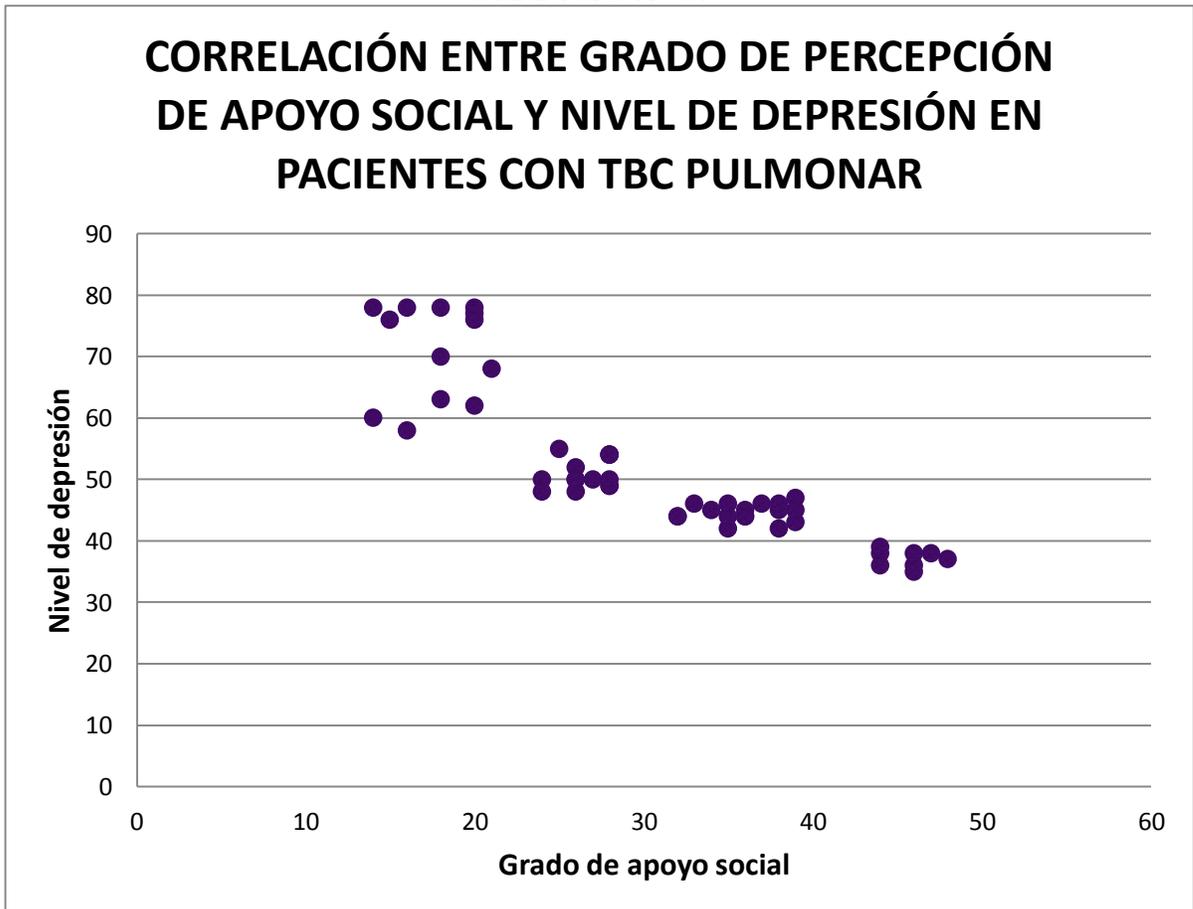
TABLA N° 07
CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y GRADO DE SOPORTE SOCIAL EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO DE ICA, MARZO 2018

		DEPRESION	APOYO SOCIAL
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	1	-0.875
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	52	52

Fuente: C.S. Acomayo

La tabla muestra una correlación de Pearson de -0.875 con diferencias significativas 0.000 en los 52 casos estudiados.

GRÁFICIO N° 07



DISCUSIÓN

La investigación se inicia obteniendo datos sociodemográficos y epidemiológicos de los pacientes en tratamiento por tuberculosis pulmonar, así se determinó que el 11.5% de los pacientes pertenecía a edades comprendidas entre 16 a 25 años (6), el 46.2% eran de edades de entre 26 a 35 años (24), el 34.6% eran de edades entre 36 a 45 años (18) y el 7.7% (4) eran de entre 46 a 55 años de edad. Así pues la mayoría se encuentra en la población económicamente activa que es en edad entre 26 a 45 años lo que se debería a que su exposición a personas enfermas de tuberculosis es mayor.

En relación al sexo de los pacientes se observó que predomina el sexo masculino pues el 61.5% (32) eran de este sexo, lo que estaría en relación al trabajo que este grupo tienen que en su mayoría son lugares donde predomina el hacinamiento y el contagio con personas infectadas con este mal. En relación a este hallazgo se encontró un estudio realizado por Yactayo, L. en Lima donde también predominó el sexo masculino.

Seguidamente se evaluó el grado de instrucción de los pacientes determinándose que el 13.5% (7) pertenecen a pacientes con grado de instrucción primaria, el 51.9% (27) son de grado de instrucción secundaria y el 34.6% (18) tienen grado de instrucción superior. Lo que demuestra que esta enfermedad puede afectar indistintamente a cualquier estrato cultural siendo más frecuente los que se encuentran en niveles inferiores como son los de secundaria y primaria, pues muchos de ellos son trabajadores donde solo se les exige fuerza laboral.

Luego se procedió a evaluar el esquema de tratamiento de los pacientes encontrándose que el 59.8% (31) se encuentran en el esquema para TB sensible fase I, mientras que el 28.8% (15) están en esquema sensible fase II y en el esquema para TB resistente de MDR están el 11.5% (6) que son aquellos pacientes que presentan resistencia a antibióticos antituberculosos, aquellos que recayeron, o abandonaron el tratamiento.

Se precisó el nivel de depresión de los pacientes con tuberculosis pulmonar, así: el 15.4% (8) de los pacientes presentó depresión severa según el test de Zung, el 28.8% (15) presenta depresión moderada, el 38.5% (20) presenta depresión leve y el 17.3% (9) no presenta depresión considerándoseles normales. Yactayo, L.⁽¹¹⁾ en Lima encontró que el nivel de depresión es intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15% y normal 10%, resultados más intenso en relación al encontrado en el estudio lo que demuestra que existen más factores asociados a la depresión que presentan en esta parte del Perú.

Al evaluar el apoyo social percibido por estos pacientes se determinó que el 25% (13) perciben muy bajo apoyo social, el 26.9% (14) perciben un apoyo social bajo, el 32.7% (17) perciben un apoyo social alto y el 15.4% (8) perciben un apoyo social muy alto, como se pudo determinar aproximadamente la mitad de los pacientes percibe un apoyo social favorable. En un estudio realizado por Mamaní, B.⁽¹²⁾ en Chaclacayo Lima se encontró que el 58% de los pacientes presentaron escaso soporte social que es un porcentaje más alto que lo encontrado en el estudio lo que se debe a que cada región presenta estructuras diferentes que hacen que el apoyo social no sea igual en todo el Perú.

Finalmente para dar respuesta a la pregunta general de la investigación se correlacionó las variables apoyo social y depresión en los pacientes con tratamiento para tuberculosis pulmonar, encontrándose que existe una alta correlación (r de Pearson=-0.875) es decir que a menor percepción de apoyo social más posibilidades de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar. Con lo que se concluye que existe correlación entre ambas variables. Siendo de suma importancia tener un apoyo social que disminuya la carga psicológica que la enfermedad produce en el paciente y pueda el paciente superar al término del tratamiento el estigma de la enfermedad. Similares resultados encontró Córdova J.⁽⁹⁾ en Juliaca pues determinó que en dicha región el 32.3% de los pacientes presentan depresión mínima o está

ausente, el 29.0% presenta depresión leve, 25.8% depresión moderada, y el 12.9% presenta una depresión grave; el 51.6% presenta soporte social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de soporte social. La correlación de Pearson muestra correlaciones indirectas y significativas entre las variables y sus dimensiones lo que se explica que la realidad en el Perú es similar en algunas regiones.. Al respecto Balcázar, I.⁽⁶⁾ encontró en su estudio en Chiapas que el tipo familiar es un factor asociado con depresión que indirectamente está relacionado a apoyo familiar entendiéndose que a familias integradas se espera contar con mayor apoyo social. Es por ello que Lara, H.⁽⁷⁾ en su estudio en México concluye que en la necesidad de colaboración interdisciplinaria para la resolución integral de los problemas que aquejan al enfermo tuberculoso. Incluso Maldonado, A.⁽⁸⁾ en su investigación en el Hospital Regional de Pucallpa concluye que la depresión influye en la adherencia al tratamiento antituberculoso lo que prácticamente es un círculo vicioso pues la depresión disminuye la adherencia al tratamiento y un tratamiento incompleto no mejora al paciente acabando por ser motivo de depresión. También Morales H.⁽¹⁰⁾ encontró esta asociación con la depresión y el tratamiento. Mientras que Bello B.⁽¹³⁾ encontró en su estudio en Ica en pacientes con tuberculosis que los estilos de vida fueron no saludables y la adherencia al tratamiento fue regular en los pacientes con tuberculosis pulmonar de la Microred La Palma Ica relacionado al parecer a la depresión.

CONCLUSIONES

1. El 11.5% está entre 16 a 25 años, el 46.2% eran de edades de entre 26 a 35 años, el 34.6% eran de edades entre 36 a 45 años y el 7.7% eran de entre 46 a 55 años de edad.
2. Son de sexo masculino el 61.5% y de sexo femenino el 38.5%.
3. El 13.5% tienen grado de instrucción primaria, el 51.9% tienen solo secundaria y el 34.6% son de nivel superior.
4. El 59.6% están en esquema sensible fase I para tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el 28.8% en el esquema sensible fase II y el 11.5% en esquema para TB resistente.
5. El 15.4% de los pacientes presentó depresión severa, el 28.8% presenta depresión moderada, el 38.5% presenta depresión leve y el 17.3% no presenta depresión. El 25% perciben muy bajo apoyo social, el 26.9% perciben un apoyo social bajo, el 32.7% perciben un apoyo social alto y el 15.4% perciben un apoyo social muy alto, como se pudo determinar aproximadamente la mitad de los pacientes percibe un apoyo social favorable. Existe una alta correlación (r de Pearson=-0.875) es decir que a menor percepción de apoyo social más posibilidades de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

RECOMENDACIONES

1. Brindar lugares de trabajo adecuados a fin de evitar contagios entre la población económicamente activa, detectar casos precozmente las que deben ser aislados en un primer momento y luego de ser no contagiosos tomar las medidas pertinentes como uso de mascarillas, para evitar más contagios.
2. Insistir en el sexo masculino como un ente de mayor riesgo para el contagio de tuberculosis generando en él mayor responsabilidad personal y social a fin de evitar diseminar la enfermedad, tratarlo oportunamente y hacer que se reincorpore precozmente a su trabajo para evitar depresión.
3. Trabajar con actividades preventivo promocionales sobre todo en pacientes con bajo nivel cultural como son los que presentan primaria y secundaria, ello en razón de que son los grupos más vulnerables tanto para tuberculosis como para depresión pues su cultura no les permite afrontar adecuadamente la enfermedad.
4. Brindar tratamiento completo a los pacientes con tuberculosis que incluya la participación de otras especialidades como son psicólogos, sociólogos que mejoren el tratamiento no solo farmacológico del paciente sino también de su entorno familiar.
5. Trabajar a nivel familiar a fin de que se tenga familiar involucradas en el tratamiento integral del paciente que repercutirá en un tratamiento oportuno y completo del paciente, ello se logra con visitas domiciliarias y monitorización de las actividades promocionales, como son de información, de la necesidad de apoyo al paciente sobre todo de parte de sus propios familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OMS. (2015). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de Temas de salud: Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 2.- Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Ginebra: OMS; c2014 [citado el 1 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/08/es/>.
- 3.- Perú, Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Situación de la Tuberculosis en el Perú, Informe de Gestión. MINSA; c2014 [citado el 8 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1347_MINSA1523.pd.
- 4.- MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. 2014.
- 5.- Balcázar-Rincón LE, Ramírez-Alcántara YL, Rodríguez M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Med Quir 2015; 20:135-143.
- 6.- Rodríguez, E. (2013). Tuberculosis en España en el año 2013. Situación epidemiológica. Boletín epidemiológico semanal Semanas 37-38-39-40 Del 08/09 al 05/10 de 2014 2014 Vol. 22 n.º 15 / 201-218ISSN: 2173-9277 España.
- 7.- Lara, H. (2014). Índices de depresión en los enfermos con tuberculosis pulmonar, un estudio controlado. México. Disponible en: H Lara_Tapia, LR de Lara, RV de Luna - Salud Pública de México, 2014 - saludpublica.mx.
- 8.- Maldonado, A. (2016). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 - diciembre 2015.

- 9.- Córdova J. (2015). Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.
- 10.- Morales H. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la red almenara de Es salud- Lima, 2015.
- 11.- Yactayo, L. (2015). Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, enero - julio 2015.
- 12.- Mamaní, B. (2015). Soporte social y riesgo suicida en pacientes con tuberculosis de la Microred Chaclacayo, Lima, 2015.
- 13.- Bello B. (2017). Estilos de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar y adherencia al tratamiento en La microred La Palma Ica octubre 2017. Disponible en: repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/563.
- 14.- Moral, A. (2015). Historia y actualidad del plombaje como tratamiento en la enfermedad pulmonar por tuberculosis multirresistente. Rev. am. med. respir. vol.15 no.3 CABA set. 2015. Disponible en:
www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid...236X2015000300008.
- 15.- Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. Lima: MINSa; [citado el 7 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>.
- 16.- MINSa. Dirección General de Salud de las Personas. Control de la Tuberculosis en el Perú. ESN-PCT. 2014.
- 17.- García I. (2013). Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar comparativo con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico y control sujetos sanos en el estado de Aguascalientes”.
- 18.- Ordoñez, M. (2013). Factores psicologicos de riesgo por el abandono de tratamiento antifimico en los pacientes que acuden al area de salud . ecuador: universidad de cuenca.

- 19.- Jave O. La Tuberculosis Multirresistente en el Perú [Internet]. Lima: ForoSalud; c2014 [citado el 4 de diciembre del 2014]. Disponible es:
http://www.forosalud.org.pe/La_tuberculosis_multirresistente_en_el_Peru.pdf.
- 20.- Avilés, G. A., & Padilla, A. G. (2013). La Depresión y sus síntomas claves. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Licenciado en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas.
- 21.- Quevedo, L. N., Sánchez, R. L., Villaba, F. K., & Velásquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana*, 8(1), 11-16.
- 22.- Zaira, M. (2016). Factores predisponentes a la presencia de tuberculosis pulmonar en jóvenes de 20-25 años de edad en el Hospital Rene Toche Groppo de la Provincia de Chincha de enero mayo del año 2016.
- 23.- Girón, S. A. (2014). Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar. *Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud*, 1(2), 229-235.
- 24.- Aguedo S. Grado de malestar psicológico en pacientes con Tuberculosis de tres centros de salud de Lima , 2014 Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano Sussan Nattaly Aguedo Aguedo Dr. Manuel Catacora Villasante. 2015;49. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4004/3/Aguedo_as.pdf.
- 25.- Heredia M, Puc M, Caamal A, Vargas A. Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis. *Revista Biomed*. 2012. (Citado el 04 de febrero del 2014); 23(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2012/bio123e.pdf>.

26.- Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015 Disponible en:

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/tbc/asistbc.pdf>

27.- Tratamiento Ansiedad Depresión. [Página principal del Internet], Test de depresión de Beck. Barcelona; s/e. c2015 [actualizado el 21 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html>.

28.- Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, Resolución Ministerial N° 579-2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 7 de diciembre del 2014]. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf>.

29.- Rozales R. [Página principal de Internet] ¿Tiene Ud. Depresión? Barcelona; 2014 (actualizado noviembre del 2014). (consultado 9 de diciembre del 2014). Disponible en: <http://www.depresion.psicomag.com/index.php>.

30.- Balcázar, I. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Rev Esp Méd Quir 2015;20:135-143.

31.- Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2013. Capítulo 21.

ANEXOS



ANEXO A

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Edad:

Grado de instrucción:

Esquema de tratamiento:

Escala de soporte social MSPSS (Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social)

1= casi nunca, 2= A veces, 3= con frecuencia y 4= siempre o casi siempre

ITEM	1	2	3	4
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

Muy bajo apoyo social: De 12 a 21

Bajo apoyo social: De 22 a 30

Alto apoyo social: De 31 a 39

Muy alto apoyo social: De 40 a 48

Escala de Zung de Depresión

Marque con un aspa el cuadro que se ajusta a su respuesta.

ITEM	Muy pocas veces (1)	Algunas veces(2)	Muchas veces(3)	Casi (4) siempre
1.- Me siento triste y decaído				
2.-Por las mañanas me siento mejor				
3.-Tengo ganas de llora y a veces lloro				
4.-Me cuesta mucho dormir				
5.-Como igual que antes.				
6.-Aun tengo deseos sexuales.				
7.-Noto que estoy adelgazado.				
8.-Estoy estreñado.				
9.-El corazón me late más rápido que antes.				
10.-Me canso sin motivo.				
11.-Mi mente esta tan despejado que antes.				
12.-Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13.-Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.-Tengo confianza en el futuro.				
15.-Estoy más irritable que antes.				
16.-Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.- Siento que soy útil y necesario.				
18.- Encuentro agradable vivir.				
19.- Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20.-Me gusta las mismas cosas que antes.				

Si el puntaje es menor del 50% (menos de 40) se encuentra dentro de los límites normales; si es de 50 a 59% (40-47) es considerado como depresión Leve; si es de 60 a 69% (48-55) es considerada depresión moderada; por último, si es de 70% (56-80) a más es considerada depresión intensa.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación titulada: DEPRESIÓN Y SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ACOMAYO MARZO 2018, de la Universidad Alas Peruanas. Tiene como objetivo determinar si la depresión se relaciona con el grado de soporte social que cuenta Usted. Además, tiene como meta que el personal de salud le brinde una atención integral no solo curando la enfermedad sino también aliviando su estado de ánimo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la Encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

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 y sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en la Investigación: -----

FIRMA DEL PACIENTE



