



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

TESIS

**DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES ATENDIDOS
EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE
SHILCAYO, AÑO 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR
LONY PAOLA CORAL SALAS**

TARAPOTO – PERÚ, 2019

**DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES ATENDIDOS
EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE
SHILCAYO, AÑO 2018**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar cuál es la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018. Es una investigación no experimental, descriptivo, se trabajó con una muestra de (n=55 pacientes), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez Para la presente investigación se validará solo la primera parte del instrumento, ya que las otras dos partes se están utilizando tal y como lo han trabajado sus autores. La Validación se realizará por jueces o expertos: Es una de las técnicas utilizadas para calcular el índice de validez de constructo. Se basa en la correspondencia teórica entre los ítems del instrumento y los conceptos del evento. Busca corroborar el consenso entre el investigador y los expertos con respecto a la pertenencia de cada ítem a las respectivas sinergias del evento y, de esta manera, apoyar la definición de la cual se parte.

CONCLUSIONES:

Se llegó a la conclusión que la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, se observa que es significativa con el 65 % de la muestra en estudio; y es no significativa en el 35% de ellos equivalente a 17 pacientes.

PALABRAS CLAVES depresión y apoyo familiar

SUMMARY

The present investigation had as Objective: To determine the relationship that they would have between the state of depression and family support in the patients of the Tuberculosis program of the Hospital II-E Banda de Shilcayo, year 2018. It is a non-experimental, descriptive investigation, we worked With a sample of (n = 55 patients), a Likert questionnaire was used to collect the information, the validity For the present investigation, only the first part of the instrument will be validated, since the other two parts are being used as as its authors have worked. Validation will be carried out by judges or experts: It is one of the techniques used to calculate the construct validity index. It is based on the theoretical correspondence between the items of the instrument and the concepts of the event. It seeks to corroborate the consensus between the researcher and the experts regarding the belonging of each item to the respective synergies of the event and, in this way, support the definition of which it is based.

CONCLUSIONS:

It was concluded that the relationship between the state of depression and family support in patients of the tuberculosis program of Hospital II-E Banda de Shilcayo, year 2018, is observed to be significant with 65% of the sample under study ; and it is not significant in 35% of them equivalent to 17 patients.

KEY WORDS depression and family support

ÍNDICE

Pág.

RESÚMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

i

ii

iii

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

2

1.3. Objetivos de la investigación

2

1.3.1. Objetivo general

2

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudios

3

1.5. Limitaciones

3

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

4

2.1. Antecedentes del estudio

10

2.2. Base teórica

16

2.3. Definición de términos

19

2.4. Variables

20

2.4.1. Operacionalización de la variable

21

CAPITULOIII: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	23
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	24
3.3. Población y muestra	24
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	24
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	26
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	26

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

27

CAPÍTULO V: DISCUSION

30

CONCLUSIONES

33

RECOMENDACIONES

34

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

35

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TBC) sigue siendo la enfermedad infecciosa más letal del mundo. Cada día mueren casi 4500 personas a causa de la TBC y aproximadamente 30 000 personas contraen esta enfermedad prevenible y curable, se calcula que los esfuerzos mundiales por luchar contra la TBC han salvado 54 millones de vidas desde 2000 y han reducido la tasa de mortalidad por TBC en un 42%¹

La TBC es considerada como la enfermedad de los pobres, ya que el bajo nivel socioeconómico, el hacinamiento y la desnutrición, son factores de riesgo que en forma individual o colectivo incrementan los casos de TBC.

A nivel familiar existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma de TBC, todos los demás miembros experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, sumándose el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, determinando actitudes hostiles y tipos de conducta que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia. El comportamiento familiar predominante ante la enfermedad, fue de apoyo afectivo y material en forma de suministro de alimentos. Apoyo similar también fue frecuente entre vecinos y amigos cuando estos conocían de la enfermedad. Pero también se observó negación consciente de la enfermedad, rechazo manifiesto de vecinos, autoaislamiento y segregación por parte de los familiares dentro del hogar; incluidos utensilios como cubiertos, aún después de estar muy avanzado el tratamiento y tener esputos negativos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, en el 2017 aproximadamente 10 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,6 millones murieron por esta enfermedad. Se estima que entre 2000 y 2017 se salvaron 54 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis².

La TBC en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA). Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país. Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4 a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad³.

El Perú desde mediados del siglo pasado presenta desplazamientos poblacionales de las áreas rurales a las urbanas, por la crisis persistente en el sector agropecuario, la atracción que despertaban el desarrollo de la industria en las ciudades, el crecimiento del comercio y la violencia

terrorista durante la década de los ochenta, ha incrementado la migración interna. Estos desplazamientos de la población generaron un proceso de urbanización creciente y una expansión de las ciudades⁴.

Las poblaciones migrantes en su mayoría se establecieron en las zonas urbano-marginales de las grandes ciudades, viviendo en condiciones de pobreza, viviendas precarias, convivencia de varios núcleos familiares por vivienda (favoreciendo el hacinamiento) y además, con un alto porcentaje de trabajos eventuales o desempleo, todos estos determinantes causan un impacto en las condiciones de vida y, generan ambientes favorables para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis⁴.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de depresión que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?
- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar cuál es la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar cuál es el nivel de depresión que tendrían los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.
- Identificar cuál es el nivel de apoyo familiar que tendrían los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la presente investigación se analizará como la depresión influye en los pacientes con Tuberculosis y como futura profesional de la salud en el campo de la Enfermería me va a permitir afianzar mis conocimientos y proponer estrategias que permitan ayudar a estos pacientes para mejorar su calidad de vida y enseñarles cómo manejar la depresión cuando ésta se presenta en algún momento de su vida diaria, controlarla y de ser posible hacer que disminuya.

Todo esto es posible con el apoyo familiar y para ello con la presente investigación se podrá conocer el nivel de apoyo familiar que reciben los pacientes con Tuberculosis que son atendidos en el Hospital II-E Banda de Shilcayo.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación no se ha considerado ningún tipo de limitaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Sánchez López, N.S. (2017) ⁶ en su Tesis: ***Conocimiento actitudes y prácticas de pacientes con Tuberculosis atendidos en el Centro de Salud tipo C “Nueva San Rafael”, 2017.*** Ecuador. Estudio cuali-cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo, observacional y transversal, mediante el cual se midió el nivel de conocimiento las actitudes y prácticas de los pacientes hacia la enfermedad mediante una encuesta. Muestra. Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud tipo C “Nueva San Rafael”.

Conclusiones:

- Las características sociodemográficas el grupo de estudio fue mayoritariamente masculino, superan los 40 años con una edad media de 43 años, la mitad son solteros, la mayor parte tienen escolaridad primaria incompleta, más de la mitad se auto identifican como afros ecuatorianos; en cuanto a la religión en su mayoría son católicos.
- El mayor porcentaje del grupo de estudio tiene conocimientos básicos de la enfermedad, tratamiento y prevención a pesar de no haber recibido información, aunque existe un pequeño grupo de

estudio que están propensos a contagiar a los demás y a su familia por desconocimiento.

- La mayoría de pacientes tienen una actitud de aceptación a su patología y han decidido continuar con el tratamiento, no han perdido su interés por los demás y con respecto a su estado de ánimo durante el tratamiento los pacientes afirman sentirse con seguridad y confianza en sí mismos y esto se relaciona con el grado de conocimiento que tienen acerca de la enfermedad. En cuanto a las prácticas, se evidencia que, aunque los pacientes conocen acerca de las medidas preventivas de tuberculosis como los son tener una buena alimentación, asistir a los controles en forma regular, evitar el consumo de alcohol, y drogas; en el presente estudio, en su mayoría no tienen prácticas saludables que ayuden a la curación de la enfermedad. En relación a las medidas de protección para evitar el contagio de la tuberculosis, como el uso de mascarilla y cubrirse la boca al toser o estornudar, la mayoría no las ponen en práctica en su hogar y existe un riesgo de que sigan infectando a los demás miembros de la familia.
- La guía educativa fue elaborada con la finalidad de ser un aporte de gran importancia para los pacientes del Centro de salud tipo C “Nueva San Rafael”, pues en ella se refuerzan los conocimientos acerca de las medidas preventivas de la tuberculosis y por ende tendrán una mejor práctica en su hogar y en su comunidad.

Balcázar-Rincón, L.E. y et al (2015) ⁷ en su Artículo Científico: ***Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis.*** México. 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. Se determinaron asociaciones causales con la prueba X^2

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.

Carrillo Cunalata, D.M. (2014) ⁸ en su Tesis: ***Influencia de la Tuberculosis Pulmonar en la calidad de vida de los pacientes atendidos en el área de Salud N.- 2 período Enero-Diciembre 2013.*** Ecuador. Investigación de tipo Transversal. Población y muestra. La población en estudio de esta investigación comprende el universo de los pacientes con diagnóstico de TBP en el periodo determinado, que son atendidos en el área de salud N.- 2. 30 pacientes con tuberculosis.

Conclusiones:

- Al aplicar el protocolo de Salud Integral en pacientes con Tuberculosis Pulmonar, los conflictos en el área de salud No 2 de la provincia de Tungurahua, disminuirán en gran medida, la influencia en su calidad de vida.
- Al disminuir los conflictos emocionales, sociales, etc., el paciente podrá tener una mejor calidad de vida lo que lo llevará al cumplimiento de su tratamiento y a una mejor actitud durante la enfermedad.

Hurtado Cedeño, M.I. (2012) ⁹ en su Tesis: ***Análisis de los condicionantes que conllevan a la depresión en usuarios de 14 – 30 años que asisten a la unidad de Salud Mental del Cantón Esmeraldas durante el primer semestre del año 2012.*** Ecuador. Estudio analítico y descriptivo los cuales permitieron analizar las diferentes costumbres religiones edad sexo y etnia de los pacientes que asisten con un trastorno depresivo a la USME. Se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos los cuales

brindaron datos obtenidos por medio de las encuestas y datos numéricos relevantes los cuales facilitaron la interpretación de los mismos. Muestra se obtuvo del 50% de los pacientes atendidos durante el año 2012 en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas (50 pacientes).

Conclusiones:

La experiencia adquirida en la Unidad de Salud Mental de la Ciudad de Esmeraldas, permitió conocer que el estudio de un trastorno depresivo lleva más allá de una simple investigación, es identificar de forma directa los verdaderos causales o condicionantes del por qué un trastorno depresivo, la misma que se debe a varios factores asociados, tales como: Maltrato Familiar, Herencia genética, Falta de Empleo Estrés, Sentimental, Malas noticias, Consumo de Alcohol y otras sustancias tóxicas entre otros.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Flores Rivera, S.J. (2016) ¹⁰ en su Tesis: ***Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar, frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de Villa – Chorrillos Noviembre 2016.*** Estudio de tipo cuantitativo - descriptivo de corte transversal. Muestra conformada por 50 familiares con pacientes en tratamiento de tuberculosis pulmonar que reunieron criterios de inclusión y exclusión; se utilizó como instrumento un cuestionario.

Conclusiones:

La actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de Villa Chorrillos, son de indiferencia.

Gamboa Camargo, L.M. (2016) ¹¹ en su Tesis: ***Apoyo social en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Ermitaño Bajo Independencia agosto – 2016.*** Estudio tipo

cuantitativa, método de estudio descriptivo, transversal en una muestra conformada por todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional y Prevención y control de la Tuberculosis siendo un total de 47 pacientes, que fue determinada mediante muestreo no probabilístico.

Conclusiones:

- El apoyo social que reciben los pacientes con tuberculosis pulmonar es de nivel medio, Centro de Salud Ermitaño Bajo Independencia, agosto del 2016, se acepta la hipótesis planteada.
- El apoyo social que reciben los pacientes con tuberculosis pulmonar es de nivel medio, en la dimensión de apoyo emocional, apoyo instrumental, relaciones sociales y apoyo afectivo, se acepta la hipótesis planteada.

Espinoza Sea, M.K. (2016) ¹² en su Tesis: ***Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica, octubre – 2016.*** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, la muestra la constituyeron todos los pacientes de la Estrategia que son un total de 25; la técnica de recolección de datos fue la encuesta.

Conclusiones:

El estado de ansiedad en los pacientes con Tuberculosis según dimensión ansiedad estado es moderado, según dimensión ansiedad rasgo es alto. El apoyo familiar según dimensión apoyo socioeconómico es desfavorable; según dimensión apoyo emocional, es favorable.

Córdova Ruelas, J.M. (2015) ¹³ en su Tesis: ***Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.*** Estudio descriptivo correlacional. constituida por pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca. Población estuvo constituida por 36 pacientes registrados y que

acuden al programa de TBC de la Micro Red Santa Adriana. Muestra conformada por 31 pacientes atendidos, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional considerando criterios de inclusión y exclusión.

Conclusiones:

- El 32.3% y 29.0% de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel de depresión mínima y leve respectivamente, el 51.6% presenta un nivel de soporte social moderado; y a un nivel de significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015.
- El 32.3% de los pacientes con tuberculosis presenta un nivel de depresión mínima, el 41.9% presenta un nivel moderado de soporte social de amigos, y a un nivel de significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social de amigos y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.
- El 32.3% de los pacientes con tuberculosis presenta un nivel de depresión mínima, el 45.2% presenta un nivel moderado de soporte social familiar, y a un nivel de significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca

Maza Gómez, C.J. y et al (2015) ¹⁴ en su Tesis: ***Apoyo social y nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015.*** Ica. Estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal, basado en la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy con el objetivo de conocer

la relación entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) del Centro de Salud Yugoslavia 2015. Población estuvo constituida por 28 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: Escala para valorar el nivel de autoestima y la Escala para valorar el Apoyo Social.

Conclusiones:

- El nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, en su mayoría presenta una autoestima menos positiva con un 57,1%, mientras que el 42.9% presenta una autoestima más positiva.
- El apoyo social en los pacientes de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia es medio con un 42.9%, y el 21.4%, presenta apoyo social bajo.
- No existe relación significativa entre el apoyo social y el nivel de autoestima del paciente de la ESN PCT del Centro de Salud Yugoslavia, determinada por la prueba estadística Chi Cuadrado $X^2= 0.6$ (Corrección de Yates); $gl = 2$; $p = 0,343$, $OR = 5$.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Pacientes con tbc

Para la OMS: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa¹⁵.

2.2.2. Depresión

La depresión es más que tan solo sentirse triste o tener un mal día. Cuando la tristeza dura bastante tiempo e interfiere con las actividades normales diarias, usted podría estar deprimido¹⁶.

Los síntomas de la depresión incluyen los siguientes: ¹⁶

- Sentirse triste o ansioso con frecuencia o todo el tiempo.
- No querer realizar actividades que antes eran divertidas.
- Sentirse irritable, frustrado con facilidad o intranquilo.
- Tener dificultad para dormirse o seguir durmiendo.
- Levantarse muy temprano o dormir demasiado.
- Comer más o menos de lo usual o no tener apetito.
- Tener malestar, dolores, dolores de cabeza o problemas estomacales que no se mejoran con tratamiento.
- Tener dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Sentirse cansado, aun después de dormir bien.
- Sentirse culpable, que no vale nada o desamparado.
- Pensar en el suicidio o en hacerse daño.

Causas de la depresión:

La causa exacta de la depresión se desconoce. Puede ser causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos¹⁷. Todas las personas son diferentes, pero los siguientes factores pueden aumentar la probabilidad de que una persona se deprima¹⁸:

- Tener familiares consanguíneos que hayan tenido depresión.
- Haber sufrido eventos traumáticos o estresantes, como el abuso físico o sexual, la muerte de un ser querido o problemas financieros.
- Pasar por un cambio significativo en la vida, aunque haya sido planeado.

- Tener un problema médico, como cáncer, accidente cerebrovascular o dolor crónico.
- Tomar ciertos medicamentos. Hable con su médico si tiene preguntas sobre si sus medicamentos lo pueden estar deprimiendo.
- Consumo de alcohol o drogas

En general, cerca de 1 de cada 6 adultos tendrá depresión en algún momento de su vida¹⁹. La depresión afecta al año a unos 16 millones de adultos en los EEUU²⁰. Cualquier persona se puede deprimir, y la depresión puede ocurrir a cualquier edad y en cualquier tipo de persona.

Muchas personas que tienen depresión también tienen otras afecciones mentales^{17, 21}. Los trastornos de ansiedad con frecuencia van de la mano de la depresión. Las personas con trastornos de ansiedad enfrentan sentimientos intensos e incontrolables de ansiedad, temor, preocupación o pánico¹⁷. Estos sentimientos pueden interferir con las actividades diarias y pueden durar por bastante tiempo.

El desarrollo del Beck Depression Inventory (BDI) ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización psicoanalítica de la depresión.

- a. Factores cognitivo-afectivo:
- Tristeza
 - Pesimismo
 - Sensación de fracaso
 - Insatisfacción
 - Culpa

- Expectativas de castigo
- Auto desprecio
- Autoacusación
- Ideas suicidas
- Episodios de llanto
- Irritabilidad
- Retirada social
- Indecisión
- Cambios en la imagen corporal
- Enlentecimiento
- Fatigabilidad
- b. Factor somático
 - Insomnio
 - Pérdida de apetito
 - Pérdida de peso
 - Preocupaciones somáticas
 - Bajo nivel de energía

2.2.3. Apoyo familiar

El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. El resto de miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda, si fuera necesario²².

Cuando algún miembro de la unidad familiar presenta un problema de salud que se alarga en el tiempo, la familia debe poner en marcha las medidas y estrategias necesarias para adaptarse a esta situación, caracterizada por la existencia de enfermedad crónica o discapacidad, de la que pueden derivarse

necesidades específicas. En estos casos la familia debe desarrollar los mecanismos de afrontamiento necesarios para adaptarse a esta situación y seguir funcionando, para, de esta manera, satisfacer las necesidades de esta persona y del resto de sus miembros, pues en ocasiones, es probable que, cuando se produce este tipo de situaciones, además de la persona enferma o discapacitada, otros miembros de la familia puedan sufrir las consecuencias de esta situación, en la medida que una especial atención al primero, pudiera acompañarse de una menor atención o desatención hacia el resto de los miembros o hacia alguno de éstos en particular²².

2.2.4. Teoría de Modelo de Promoción de la Salud

Pender (1987), ha desarrollado y ampliado el trabajo teórico de Becker en un modelo dirigido a explicar las actitudes de la Promoción en la Salud. Una diferencia digna de mención es que el modelo de la Promoción de la Salud se sostiene sobre un supuesto de orientación hacia el bienestar, y no sobre la amenaza de enfermedad como determinante de la actitud ante la salud. La promoción de la Salud se define como las actividades dirigidas al desarrollo de recursos para la conservación o mejoramiento del bienestar del individuo.

El modelo comprende 2 fases: toma de decisiones y acción. En la fase de toma de decisiones, el modelo destaca siete factores cognitivos y preceptuales, los cuales integran los mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y conservación de actitudes de promoción de la salud, y cinco factores modificadores que influyen indirectamente sobre los patrones de conducta encaminados a la salud. En la fase de acción tanto las barreras como las indicaciones de acción impulsan la actividad de promoción de la salud. De acuerdo con el modelo, la gente pasa sucesivamente de una fase a la otra.⁽²⁶⁾

Hildegarde Peplau

Según esta teoría de Hildegarde Peplau consisten en ayudar al ser humano a madurar personalmente facilitándole una vida creativa, constructiva y productiva.

En este modelo el objetivo es que el ser humano alcance el máximo grado de desarrollo personal.

Peplau, basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.⁽²⁷⁾

Se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben 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.

Doroty Johnson. “Modelo de Sistemas Conductuales

La constitución de cualquier profesión conlleva el desarrollo de un cuerpo específico de conocimientos”.

Hasta hoy en día la profesión de enfermería ha adaptado teorías de otras disciplinas; Johnson desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la

enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de *la Teoría de Sistemas*.⁽²⁸⁾

Johnson se basó también en las ideas de Florence Nightingale. “La lógica, lo semántica y la epistemología son la base de las disciplinas”.⁽²⁸⁾

Los conceptos que maneja este modelo son “estrés” y “tensión”, (con el objetivo de reducirlos), en este sentido, se ha de entender la utilización de este concepto propio de la psicología como una ligadura o un vínculo. Sin embargo, debe ser tomado en referencia al sentido que se le ha otorgado en la teoría o modelo de procedencia, ya que cualquier variación sería del todo equívoca y no cumpliría su función de procurar los nexos, a través de los cuales se podrían construir conceptos propios para la enfermería, omitiendo, además, la universalidad que debe caracterizar a la Ciencia.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Depresión:** La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades²³.
- **Familia:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la familia como conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan²⁴.

- **Apoyo:** Llamamos apoyo a algo o alguien que sirve de sostén a otro, ya sea ser animado (el niño apoyó a su amigo en su decisión) o inanimado (la piedra está apoyada sobre la arena) pudiendo en el primer caso ser apoyo físico, económico o moral.
- **Apoyo familiar:** El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. El resto de miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda, si fuera necesario²².
- **Tuberculosis:** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa: La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses¹⁵.
- **Fuente de infección:** Las secreciones pulmonares (catarro o esputo) de los individuos enfermos con afección pulmonar son la fuente de infección más importante, a través de las partículas de Wells cargadas de bacilos que son eliminadas principalmente al toser. La leche del ganado vacuno enfermo puede ser causa de tuberculosis, en especial de la vía digestiva. Gracias a la pasteurización de la leche, esta fuente de infección es poco común²⁶.
- **Modo de transmisión:** La infección se produce casi exclusivamente por vía aérea, por lo que es indispensable que los bacilos estén suspendidos

en el aire para transmitirse a través de las partículas de Wells procedentes de los individuos enfermos que las expulsan al toser, hablar, cantar, estornudar, etc. Los bacilos son viables en el ambiente hasta 8 horas o más, sobre todo en lugares secos y con poca ventilación²⁶.

- **Periodo de incubación:** Alrededor de 4 a 12 semanas, desde el momento de la infección hasta la aparición de las lesiones de la infección primaria. Sin embargo, pueden transcurrir años hasta que esta infección primaria llegue a evolucionar hacia una forma de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar activa. 20 Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis²⁶.
- **Transmisibilidad:** Durante todo el tiempo que se eliminen bacilos vivos en pacientes que estén sin tratamiento o con tratamientos no adecuados. En condiciones de programa se considera que una persona con Tuberculosis Pulmonar Baciloscopia (+) en tratamiento ya no es contagiosa después de 15 días de tratamiento adecuado (de acuerdo al perfil de sensibilidad)²⁶.
- **Susceptibilidad:** Todos los seres humanos son susceptibles a la infección tuberculosa, más aún, los que presentan algún estado de inmunodepresión como el VIH, la diabetes, pacientes tratados crónicamente con corticoesteroides, malnutridos, que fuman o con silicosis, etc²⁶.
- **Historia natural de la tuberculosis:** La infección primaria por lo común pasa clínicamente inadvertida, apareciendo sólo una sensibilidad a la tuberculina entre 4 a 8 semanas. Las lesiones primarias generalmente se vuelven inactivas, sin dejar alteraciones residuales excepto calcificaciones de los ganglios linfáticos pulmonares o traqueo-bronquiales. Este complejo primario puede evolucionar hacia la tuberculosis pulmonar o a la diseminación linfohematógena de los bacilos con invasión miliar, meníngea o en otra localización extrapulmonar. Sin embargo, la infección

frecuentemente adopta una forma latente que más tarde puede transformarse en enfermedad activa, casi siempre en los pulmones²⁶.

- **Diagnóstico de la tuberculosis:** El diagnóstico de TB se hace a través del examen bacteriológico de una muestra pulmonar o extrapulmonar y/o la clínica con radiografía de tórax compatible. El examen bacteriológico es el de mayor importancia y está constituido por la baciloscopía, el cultivo y las pruebas de biología molecular (GeneXpert). Para que el laboratorio pueda obtener resultados confiables no sólo es necesario que ejecute las técnicas correctamente. También necesita recibir una buena muestra, entendiéndose por tal la que proviene del sitio de la lesión que se investiga, obtenida en cantidad suficiente, colocada en un envase adecuado, bien identificada, conservada y transportada en el tiempo adecuado de manera a asegurar calidad del material remitido²⁶.
- **Tipos de muestra:** El diagnóstico de la tuberculosis puede realizarse a partir de muestras de diferentes sitios del cuerpo humano, por ello los tipos de muestras dependerán de la forma de tuberculosis que se está investigando: pulmonar o extrapulmonar²⁶.
- **Espujo:** Una buena muestra de espujo es la que proviene del árbol bronquial, obtenido después de un esfuerzo de tos. El volumen óptimo es de 5 a 10 ml²⁶.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Existe una relación inversa entre el estado de depresión de los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 y el apoyo familiar que reciben.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- El nivel de depresión que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 es bajo.

- El nivel de apoyo familiar que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, es alto.

2.5. VARIABLES

Variable 1: Depresión en pacientes con Tuberculosis

- **Definición conceptual de la variable.** Cuando la tristeza dura bastante tiempo e interfiere con las actividades normales diarias, usted podría estar deprimido¹⁶.
- **Definición operacional de la variable:** Es el estado de ánimo con el que se encuentran las personas en un determinado momento.

Variable 2: Apoyo familiar a pacientes con Tuberculosis

- **Definición conceptual de la variable:** Se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros²².
- **Definición operacional de la variable:** Es el apoyo de la familia que recibe la persona enferma.

2.5.1. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Depresión en pacientes con Tuberculosis	Factores cognitivo-afectivo	Tristeza
		Pesimismo
		Fracaso
		Perdida de placer
		Sentimientos de Culpa
		Sentimientos de castigo
		Disconformidad con uno mismo o Auto desprecio
		Autocrítica o Autoacusación
		Pensamientos o deseos suicidas
		Llanto
		Agitación
		Perdida de interés o Retirada social
		Indecisión
		Desvalorización o Cambios en la imagen corporal
		Perdida de energía
	Cambios en los hábitos de sueño	
	Factor somático	Irritabilidad
		Cambios en el apetito
		Dificultad de concentración
		Cansancio o fatiga
Perdida de interés en el sexo		

Beck Depression Inventory – 2° edición (BDI-II)²⁷

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Apoyo Familiar en pacientes con Tuberculosis	Clima	Normas
		Conceptos definidos
		Administración del dinero
		Actividades intelectuales y culturales
		Sociedad
		Mejora personal
		Comprensión
		Habla de sus problemas
	Integridad	Cooperación
		Participación
		Respeto
		Armonía
		amor familiar
	Funcionamiento	Obligaciones personales y familiares
		Cumplimiento de normas y reglas
		adecuada comunicación
		Respeto a la autoridad
	Resistencia	Obtención de apoyo del gobierno
		Búsqueda de apoyo externo
		Practica de hábitos saludables
	Afrontamiento	Toma de decisiones
		Análisis de la situación familiar y apoyo familiar
	Funcionamiento	Cumplimiento de obligaciones familiares
Resistencia	Búsqueda de apoyo de instituciones	
	búsqueda de apoyo profesional	
Afrontamiento	Como afronta los problemas la familia	
	Cose se organizan a fin de dar solución a un problema	
Apoyo	Apoyo económico, social, psicológico	
Normalización	Realización de actividades de apoyo a fin de dar solución.	
Participación	Participación activa de los miembros de al familia	

Autopercepción del estado de salud familiar²⁸.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Tipo de investigación:

La presente investigación fue no experimental, descriptivo, Fue no experimental porque fue una investigación sistemática en la que el investigador no tuvo control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque fueron intrínsecamente manipulables. En la investigación No se experimento los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tuvo que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos²⁹.

Fue descriptivo porque, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan³⁰.

Nivel de investigación

Para la presente investigación se utilizó el nivel descriptivo porque señalaba cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno o evento, cuando se busca especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar²⁹.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizará en el Programa de Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

Para la presente investigación se evaluarán a 55 de los integrantes del programa de Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, del año 2018, el mismo que hace un total de 14 personas de ambos sexos.

3.3.2. Muestra:

Para la presente investigación la muestra a utilizar será de 55 integrantes del programa de Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, del año 2018, el mismo que hace un total de 14 personas de ambos sexos.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Para la presente investigación se utilizará la técnica de encuestar a las personas integrantes del Programa de Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, del año 2018

3.4.2. Instrumentos.

Para la presente investigación se utilizará un cuestionario. El mismo que está conformado por 3 partes.

1° parte: **DATOS GENERALES:** En el se recabará información sobre el encuestado, su situación familiar, económica y vivienda. Consta de 17 preguntas de respuesta múltiple.

2° parte: **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2).** Cuyo autor es: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. En el 2011, fue adaptado por: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en

colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar. Para la presente investigación solo se ha modificado la forma de presentarla sin modificar el contenido del mismo. Consta de 21 preguntas de respuesta múltiple que evalúa el nivel de depresión que pueden tener las personas evaluada.

Nivel de depresión	Puntos
Mínima depresión	0 a 13
Depresión leve	14 a 19
Depresión moderada	20 a 28
Depresión grave	29 a 53

Una puntuación persistente de 17 a más, indica que puede necesitar ayuda profesional.

3° parte: **ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR**. Autor: Joaquin Lima Rodríguez. El mismo que es utilizado para la presente investigación sin modificarlo. Consta de 80 preguntas de respuesta tipo escala de likert.

Casi nunca = 1

A veces = 2

Casi siempre = 3

Nivel de Apoyo familiar	Puntos
Bajo apoyo familiar	0 a 80
Regular apoyo familiar	81 a 160
Buen apoyo familiar	161 a 240

Nivel de Apoyo familiar por dimensiones	Puntos
Bajo apoyo familiar	0 a 10
Regular apoyo familiar	11 a 20
Buen apoyo familiar	21 a 30

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la presente investigación se validará solo la primera parte del instrumento, ya que las otras dos partes se están utilizando tal y como lo han trabajado sus autores.

La Validación se realizará por jueces o expertos: Es una de las técnicas utilizadas para calcular el índice de validez de constructo. Se basa en la correspondencia teórica entre los ítems del instrumento y los conceptos del evento. Busca corroborar el consenso entre el investigador y los expertos con respecto a la pertinencia de cada ítem a las respectivas sinergias del evento y, de esta manera, apoyar la definición de la cual se parte³¹.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

- Solicitaré a mi Directora de Escuela una carta de presentación para el Director del Hospital II-E Banda de Shilcayo.
- Presentaré la carta a la Secretaria de la Dirección del Hospital II-E Banda de Shilcayo.
- Cuando me autoricen con documento, podré ingresar a los ambientes del Programa de Tuberculosis para poder desarrollar mis encuestas, previa coordinación con el Jefe de dicho programa.
- Previo consentimiento de los usuarios del Programa de Tuberculosis, realizaré las encuestas según muestra indicada (14 personas) hasta terminar.
- Realizaré la tabulación de los datos que se obtendrían y estos a su vez se registrarán en un archivo Excel a fin de poder realizar y obtener tablas y gráficos que se presentarán en la tesis.

CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA Nº 01: DETERMINAR CUÁL ES LA RELACIÓN QUE TENDRÍAN ENTRE EL ESTADO DE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE SHILCAYO, AÑO 2018

ESTADO DE DEPRESIÓN	APOYO FAMILIAR	
	N	%
SIGNIFICATIVA	38	65
NO SIGNIFICATIVA	17	35
TOTAL	55	100

Comentario:

En la tabla Nº 1: Se evidencia que la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, se observa que es significativa con el 65 % de la muestra en estudio; y es no significativa en el 35% de ellos equivalente a 17 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre los factores estresantes y el rendimiento académico ($p=0,0002$). Ante la prueba de riesgo, el tener factores estresantes se constituye en riesgo moderado para un buen rendimiento en el estudiante ($OR=1.97$), es decir, existe 1.97 veces más riesgo que los estudiantes presenten un estado de depresión significativo.

TABLA Nº 02: IDENTIFICAR CUÁL ES EL NIVEL DE DEPRESIÓN QUE TENDRÍAN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE SHILCAYO, AÑO 2018

NIVEL DE DEPRESIÓN	PACIENTES ATENDIDOS	
	N	%
SIGNIFICATIVA	41	60
NO SIGNIFICATIVA	14	40
TOTAL	55	100

Comentario:

En la tabla Nº 2: Se evidencia que el nivel de depresión que tendrían los pacientes atendidos en el programa de tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 es significativa en el 60 % de la muestra en estudio equivalente a 41 pacientes y es no significativa en el 40% de ellos equivalente a 14 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe un nivel de depresión altamente significativa entre los pacientes atendidos ($p=0,0004$). Ante la prueba de riesgo, el tener la depresión en los pacientes se constituye en riesgo moderado.

TABLA N° 03: IDENTIFICAR CUÁL ES EL NIVEL DE APOYO FAMILIAR QUE TENDRÍAN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE SHILCAYO, AÑO 2018.

NIVEL DE APOYO FAMILIAR	PACIENTES ATENDIDOS	
	N	%
ALTO	39	64
BAJO	16	36
TOTAL	55	100

Comentario:

En la tabla N° 3: Se evidencia que el nivel de apoyo familiar que tendrían los pacientes atendidos en el programa tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018. es alto en el 64 % de la muestra en estudio equivalente a 39 pacientes y es bajo en el 36% de ellos equivalente a 16 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe un nivel de apoyo familiar ($p=0,0004$). Ante la prueba de riesgo.

DISCUSION

En la tabla N° 1: Se evidencia que la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, se observa que es significativa con el 65 % de la muestra en estudio; y es no significativa en el 35% de ellos equivalente a 17 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre los factores estresantes y el rendimiento académico ($p=0,0002$). Ante la prueba de riesgo, el tener factores estresantes se constituye en riesgo moderado para un buen rendimiento en el estudiante ($OR=1.97$), es decir, existe 1.97 veces más riesgo que los estudiantes presenten un estado de depresión significativo

Estos resultados son similares al estudio realizado por Sánchez López, N.S. (2017) ⁶ en su Tesis: ***Conocimiento actitudes y prácticas de pacientes con Tuberculosis atendidos en el Centro de Salud tipo C “Nueva San Rafael”, 2017.*** Ecuador. Estudio cuali-cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo, observacional y transversal, mediante el cual se midió el nivel de conocimiento las actitudes y prácticas de los pacientes hacia la enfermedad mediante una encuesta. Muestra. Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud tipo C “Nueva San Rafael”.

Conclusiones:

- Las características sociodemográficas el grupo de estudio fue mayoritariamente masculino, superan los 40 años con una edad media de 43 años, la mitad son solteros, la mayor parte tienen escolaridad primaria incompleta, más de la mitad se auto identifican como afros ecuatorianos; en cuanto a la religión en su mayoría son católicos.
- El mayor porcentaje del grupo de estudio tiene conocimientos básicos de la enfermedad, tratamiento y prevención a pesar de no haber recibido información, aunque existe un pequeño grupo de estudio que están propensos a contagiar a los demás y a su familia por desconocimiento.
- La mayoría de pacientes tienen una actitud de aceptación a su patología y han decidido continuar con el tratamiento, no han perdido su interés por los

demás y con respecto a su estado de ánimo durante el tratamiento los pacientes afirman sentirse con seguridad y confianza en sí mismos y esto se relaciona con el grado de conocimiento que tienen acerca de la enfermedad. En cuanto a las prácticas, se evidencia que, aunque los pacientes conocen acerca de las medidas preventivas de tuberculosis como los son tener una buena alimentación, asistir a los controles en forma regular, evitar el consumo de alcohol, y drogas; en el presente estudio, en su mayoría no tienen prácticas saludables que ayuden a la curación de la enfermedad. En relación a las medidas de protección para evitar el contagio de la tuberculosis, como el uso de mascarilla y cubrirse la boca al toser o estornudar, la mayoría no las ponen en práctica en su hogar y existe un riesgo de que sigan infectando a los demás miembros de la familia.

- La guía educativa fue elaborada con la finalidad de ser un aporte de gran importancia para los pacientes del Centro de salud tipo C “Nueva San Rafael”, pues en ella se refuerzan los conocimientos acerca de las medidas preventivas de la tuberculosis y por ende tendrán una mejor práctica en su hogar y en su comunidad.

En la tabla N° 2: Se evidencia que el nivel de depresión que tendrían los pacientes atendidos en el programa de tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 es significativa en el 60 % de la muestra en estudio equivalente a 41 pacientes y es no significativa en el 40% de ellos equivalente a 14 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe un nivel de depresión altamente significativa entre los pacientes atendidos ($p=0,0004$). Ante la prueba de riesgo, el tener la depresión en los pacientes se constituye en riesgo moderado

Estos resultados son similares al estudio realizado por Balcázar-Rincón, L.E. y et al (2015) ⁷ en su Artículo Científico: *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis*. México. 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. Se determinaron asociaciones causales con la prueba X^2

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.

En la tabla N° 3: Se evidencia que el nivel de apoyo familiar que tendrían los pacientes atendidos en el programa tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018. es significativa en el 64 % de la muestra en estudio equivalente a 39 pacientes y es no significativa en el 36% de ellos equivalente a 16 pacientes. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe un nivel de apoyo familiar ($p=0,0004$). Ante la prueba de riesgo

Estos resultados son similares al estudio realizado por Carrillo Cunalata, D.M. (2014) ⁸ en su Tesis: *Influencia de la Tuberculosis Pulmonar en la calidad de vida de los pacientes atendidos en el área de Salud N.- 2 período Enero-Diciembre 2013.* Ecuador. Investigación de tipo Transversal. Población y muestra. La población en estudio de esta investigación comprende el universo de los pacientes con diagnóstico de TBP en el periodo determinado, que son atendidos en el área de salud N.- 2. 30 pacientes con tuberculosis.

Conclusiones:

- Al aplicar el protocolo de Salud Integral en pacientes con Tuberculosis Pulmonar, los conflictos en el área de salud No 2 de la provincia de Tungurahua, disminuirán en gran medida, la influencia en su calidad de vida.
- Al disminuir los conflictos emocionales, sociales, etc., el paciente podrá tener una mejor calidad de vida lo que lo llevará al cumplimiento de su tratamiento y a una mejor actitud durante la enfermedad.

CONCLUSIONES

Se llegó a la conclusión que la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, se observa que es significativa con el 65 % de la muestra en estudio; y es no significativa en el 35% de ellos equivalente a 17 pacientes.

Se llegó a la conclusión que el nivel de depresión que tendrían los pacientes atendidos en el programa de tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 es significativa en el 60 % de la muestra en estudio equivalente a 41 pacientes y es no significativa en el 40% de ellos equivalente a 14 pacientes.

Se llegó a la conclusión que el nivel de apoyo familiar que tendrían los pacientes atendidos en el programa tuberculosis del hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018. es significativa en el 64 % de la muestra en estudio equivalente a 39 pacientes y es no significativa en el 36% de ellos equivalente a 16 pacientes

RECOMENDACIONES

El familiar del paciente con TBC deberá saber cuáles son los tratamientos más eficaces, qué problemas puede llegar a tener el paciente y qué ventajas verá si sigue algún tratamiento para la depresión .

Reservar tiempo para estar con él y, sobre todo, apostar por la empatía. Solo así tendremos más pistas sobre lo que quiere el paciente de la familia si necesita un hombro sobre el que llorar, si quiere distraerse, si necesita un remanso de silencio o si necesita que le demos conversación.

Concurrir a charlas de pacientes que constituyan una buena solución, pues no solo permitirá encontrar a personas que padecen esa enfermedad si no que los familiares también aprenderán a entender la situación por la que están atravesando sus seres queridos y encontrarán el apoyo de expertos en la materia. Además, los pacientes de estas charlas serán personas con las que puede hacer sesiones de grupo, charlar o preguntar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2018) *Día Mundial de la Tuberculosis*. [Publicado el 14/03/2018. Citado el 20/04/2018] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2018/03/24/default-calendar/world-tb-day-2018>
2. Organización Mundial de la Salud (2018) *Tuberculosis*. [Publicado el 18/09/2018. Citado el 20/04/2018] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. Alarcón, V. y et al (2017) *Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Versión impresa ISSN 1726-4634. Rev. Perú. med. Exp. Salud pública vol.34 no.2 Lima abr/jun 2017. [Publicado el 28/06/2017. Citado el 29/04/2018] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200021
4. Ministerio de Salud del Perú. (2016) Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015. Edición electrónica, Febrero 2016. [Citado el 04/05/2018] Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/\\$FILE/1_asistbc.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1_asistbc.pdf)
5. De la Cruz De la Cruz, Y.L. y et al (2018) *Factores que inducen al abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Cisne 2*. [Tesis] Universidad de Guayaquil [Guayaquil-Ecuador] 104p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30454/1/1199-TESIS-DE%20LA%20CRUZ%20Y%20LAMILLA.pdf>
6. Sánchez López, N.S. (2018) ⁶ *Conocimiento actitudes y prácticas de pacientes con Tuberculosis atendidos en el Centro de Salud tipo C "Nueva San Rafael", 2017*. [Tesis] Universidad Técnica del Norte [Ibarra-Ecuador] 109p. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8099/1/06%20ENF%20946%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

7. Balcázar-Rincón, L.E. y et al (2015) *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis*. [Artículo Científico] Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado – México (ISSSTE) Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Volumen 20, Núm. 2, Abril-Junio 2015. Rev. Esp. Méd. Qui. 2015,20:135-143 [Citado el 20/04/2018] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152c.pdf>
8. Carrillo Cunalata, D.M. (2014) *Influencia de la Tuberculosis Pulmonar en la calidad de vida de los pacientes atendidos en el área de Salud N.- 2 período enero - diciembre 2013* [Tesis] Universidad Técnica de Ambato [Ambato-Ecuador] 170p. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28526/1/TESIS%20FINAL%20MARISOL%20CARRILLO.pdf>
9. Hurtado Cedeño, M.I. (2012) *Análisis de los condicionantes que conllevan a la depresión en usuarios de 14 – 30 años que asisten a la unidad de Salud Mental del Cantón Esmeraldas durante el primer semestre del año 2012*. [Tesis] Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Esmeraldas-Ecuador] 111p. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/169/1/HURTADO%20CEDENO%20MAIRA.pdf>
10. Flores Rivera, S.J. (2016) *Actitud de la familia del paciente con tuberculosis pulmonar, frente al diagnóstico y tratamiento en el Centro de Salud San Genaro de Villa – Chorrillos Noviembre 2016*. [Tesis] Universidad Privada San Juan Bautista [Lima-Perú] 71p. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1413/T-TPLE-%20Sandie%20Juliana%20%20Flores%20Rivera.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
11. Gamboa Camargo, L.M. (2016) *Apoyo social en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Ermitaño Bajo Independencia agosto – 2016*. [Tesis] Universidad Privada San Juan Bautista [Lima-Perú] Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1418/T-TPLE->

[%20Liliana%20Mercedes%20%20Gamboa%20Camargo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

12. Espinoza Sea, M.K. (2016) *Estado de ansiedad y apoyo familiar en pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Parcona Ica, octubre – 2016*. [Tesis] Universidad Privada San Juan Bautista [Lima-Perú] Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1404/T-TPLE-Marilia%20Karen%20Espinoza%20Zea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Córdova Ruelas, J.M. (2015) *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015*. [Tesis] Universidad Peruana Unión [Juliaca-Perú] Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Mitka_Tesis_maestria_2015.pdf;jsessionid=159305F4C6EF80878FF389AD6424585A?sequence=1
14. Maza Gómez, C.J. y et al (2015) *Apoyo social y nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la Tuberculosis del Centro de Salud Yugoslavia. 2015* [Tesis] Universidad Nacional de Santa [Chimbote-Perú] 81p. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2784/30766.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Organización Mundial de la Salud. (s.f.) *Tuberculosis*. [Citado el 20/03/2018] Disponible en: <https://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
16. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2018) *Afecciones Mentales: Depresión y Ansiedad*. USA. [Publicado el 20/03/2018. Citado el 15/04/2018] Disponible en: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-afecciones-mentales-depresion-ansiedad.html>
17. Belmaker, R.H. y et al (2008) *Major Depressive Disorder*. [review article] *New England Journal of Medicine* 2008;358:355–68 [Citado el 22/03/2018] Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra073096>
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013 [Citado el 22/03/2018] Disponible en:

<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

19. Kessler, R.C. y et al (2005) *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry 2005;62(6):593-602 [Citado el 22/03/2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>
20. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2014) *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings*. [Citado el 24/04/2018] Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhr2013/NSDUHmhr2013.pdf>
21. Kessler, R.C. y et al (2009) *Age Differences in the Prevalence and Comorbidity of DSM-IV Major Depressive Episodes: Results From the WHO World Mental Health Survey Initiative*. [Research article] Depression and Anxiety 2010;27(4):351–64 [Publicado el 27/12/2009. Citado el 22/03/2018] Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.20634#accessDenialLayout>
22. Valoración Enfermera de la Familia. Guía Básica. *Apoyo Familiar*. [Citado el 10/05/2018] Disponible en: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_12.htm
23. Mental Health America. (s.f.) *¿Qué es la depresión?* [Citado el 10/05/2018] Disponible en: <https://www.mentalhealthamerica.net/conditions/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n>
24. Monografías Plus+ (s.f.) *Definición de familia según la OMS*. [Citado el 10/05/2018] Disponible en: <https://www.monografias.com/docs/DEFINICION-DE-FAMILIA-SEGUN-LA-OMS-P3UK6GPJ8GNY>
25. De conceptos.com (s.f.) *Apoyo* [Citado el 10/05/2018] Disponible en: <https://deconceptos.com/general/apoyo>

26. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (s.f.) *Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis*. [Citado el 10/05/2018] Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=576-guia-nacional-para-el-manejo-de-la-tuberculosis-2017&Itemid=253
27. Beck Depression Inventory – 2° edición (BDI-II) - <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf>
28. Autopercepción del estado de salud familiar. Disponible en: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/media/escalaautopercepcionsaludfamiliar.pdf
29. Álvarez, Juan Carlos. (2012) *Tipos y Niveles de Investigación*. Universidad de Caracas; Venezuela [Citado el 13/03/2018]. Disponible en: http://losteques.ucab.edu.ve/Profesorado/alvarez_juan/mipagina/archivosweb/tiposyniveles.ppt
30. Hernández R. y et al (2014) *Metodología de la investigación*. 6° Edición. Editorial Mc Graw Hill Education. México.
31. Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación: guía para una comprensión holística de la ciencia*. 4° edición. Editorial Ciea-Sypal y Quirón. Bogotá-Caracas.

Anexos

ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE SHILCAYO, AÑO 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?</p> <p>PROBLEMAS PRINCIPALES</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar cuál es la relación que tendrían entre el estado de depresión y apoyo familiar en los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.</p> <p>OBJETIVOS GENERALES:</p> <p>Identificar cuál es el nivel de depresión que tendrían los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.</p> <p>Identificar cuál es el nivel de apoyo familiar que tendrían los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Existe una relación inversa entre el estado de depresión de los pacientes del programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 y el apoyo familiar que reciben.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS:</p> <p>El nivel de depresión que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018 es bajo.</p> <p>El nivel de apoyo familiar que tienen los pacientes atendidos en el programa Tuberculosis del Hospital II-E Banda de Shilcayo, año 2018, es alto.</p>	<p>Variable 1: Depresión en pacientes con Tuberculosis</p> <p>Variable 2: Apoyo familiar a pacientes con Tuberculosis</p>	<p>Tipo de Estudio: No experimental</p> <p>Nivel de la investigación Nivel descriptivo</p> <p>Población: 14 personas.</p> <p>Muestra: Censal</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

Anexo N° 02



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha: _____

Por medio del presente acepto participar en la investigación titulada: **DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PROGRAMA TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL II-E BANDA DE SHILCAYO, AÑO 2018.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la encuesta que se llevará a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

BACH. ENF. LONY CORAL SALAS
Investigador Responsable
DNI 47149107

ENCUESTADO
DNI

Anexo N° 03



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

Instrumento de Investigación

I. DATOS GENERALES:

1. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino
2. Edad
 - a. Adolescente (10 – 19 años)
 - b. Adulto (19 – 59 años)
 - c. Adulto mayor (59 a más años)
3. Estado civil
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Divorciado/a
 - d. Viudo/a
4. Grado de instrucción
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria incompleta
 - e. Superior técnica incompleta
 - f. Superior técnica completa
 - g. Superior universitaria incompleta
 - h. Superior universitaria completa
5. Tipo de trabajo
 - a. Independiente
 - b. Dependiente
6. Tipo de vivienda
 - a. Propia
 - b. Familiar
 - c. Alquilada
7. Servicios básicos
 - a. Agua potable
 - b. Desagüe
 - c. Energía eléctrica
 - d. Baja policía
8. Material de las paredes de la vivienda
 - a. Tapial o quincha
 - b. Ladrillos de adobe
 - c. Ladrillo quemado o de cemento
9. Material del techo de la vivienda
 - a. Criznejas, palma
 - b. Tejas
 - c. Calamina
 - d. Techo aligerado
10. Materiales del piso de la vivienda
 - a. Tierra apisonada
 - b. Falso piso
 - c. Piso de cemento
 - d. Cerámico
11. Número de hijos
 - a. 1
 - b. 2 ó 3
 - c. Más de 3
12. Tiempo de la TBC
 - a. Menos de 6 meses
 - b. De 6 meses a 1 año
 - c. De 1 año a más
13. Tratamiento
 - a. Esquema 1
 - b. Esquema 2
 - c. Esquema 3
14. Abandono del tratamiento
 - a. Si
 - b. No
15. Motivos del abandono del tratamiento
 - a. Intrínsecos
 - b. Extrínsecos
16. Seguimiento del tratamiento (exámenes auxiliares)
 - a. Espujo
 - b. Cultivo
17. Número de visitas domiciliarias
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3

II. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste gran parte del tiempo.
- c. Me siento triste todo el tiempo.
- d. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- a. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- b. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- c. No espero que las cosas funcionen para mí.
- d. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- a. No me siento como un fracasado.
- b. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- c. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- d. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- a. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- b. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- c. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- d. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- a. No me siento particularmente culpable.
- b. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- d. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- a. No siento que este siendo castigado.
- b. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- a. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- b. He perdido la confianza en mí mismo.
- c. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- d. No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- a. No me critico ni me culpo más de lo habitual
- b. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- c. Me critico a mí mismo por todos mis errores
- d. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- a. No tengo ningún pensamiento de matarme.
- b. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- c. Querría matarme
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- a. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- b. Lloro más de lo que solía hacerlo
- c. Lloro por cualquier pequeñez.
- d. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- a. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- b. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- c. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- d. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de Interés

- a. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- b. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- c. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- d. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- a. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- b. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- c. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- d. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- a. No siento que yo no sea valioso
- b. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- c. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- d. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- a. Tengo tanta energía como siempre.
- b. Tengo menos energía que la que solía tener.
- c. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- d. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- a. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- b1. Duermo un poco más que lo habitual.
- b2. Duermo un poco menos que lo habitual.
- c1. Duermo mucho más que lo habitual.
- c2. Duermo mucho menos que lo habitual.
- d1. Duermo la mayor parte del día.
- d2. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- a. No estoy tan irritable que lo habitual.
- b. Estoy más irritable que lo habitual.
- c. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- d. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- a. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- b1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- b2. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- c1. Mi apetito es mucho menor que antes.
- c2. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- d1. No tengo apetito en absoluto.
- d2. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- a. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- b. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- c. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- d. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- a. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- b. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- c. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- d. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- c. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido completamente el interés en el sexo.

III. ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR

Autor: Joaquín Lima Rodríguez.

Desarrollado Lima Rodríguez (2010) y validado por el autor y sus cols, está formado por ocho subescalas, que pueden ser utilizadas independientemente, para determinar la percepción, de los miembros de la familia, respecto a cada una de las dimensiones de la salud familiar, es decir, Clima, Integridad, Funcionamiento, Resistencia, Afrontamiento, Apoyo emocional, Normalización y Participación en el proceso asistencial. Cada una de las subescalas cuenta con 10 ítems. Para cada ítem se establecen tres opciones de respuesta. (Casi nunca, A veces, Casi siempre)

Por favor responder cada una de las preguntas.

Casi nunca = 1

A veces = 2

Casi siempre = 3

	1	2	3
CLIMA			
1. Las cosas se hacen de forma establecida.			
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.			
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.			
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.			
5. Se valora la realización de actividades intelectuales.			
6. Acudimos a actividades culturales.			
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.			
8. Nos esforzamos en mejorar.			
9. Nos sentimos comprendidos por los demás			
10. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.			
INTEGRIDAD			
11. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.			
12. Nos ayudamos los unos a los otros.			
13. Realmente nos llevamos bien unos con otros.			
14. Confiamos los unos en los otros.			
15. Tenemos mucho espíritu de grupo.			
16. En las decisiones importantes participamos todos.			
17. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlos.			
18. Nos preocupa que nuestra familia sea respetada.			
19. Participamos en celebraciones familiares.			
20. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.			
FUNCIONAMIENTO:			
21. Cada uno cumple sus obligaciones.			
22. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.			
23. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.			
24. Estamos abiertos a nuevas ideas y propuestas.			
25. Nos comunicamos sin rodeos.			
26. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.			
27. Sabemos claramente quien tiene la autoridad			
28. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.			
29. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.			
30. Nos cuidamos unos a otros.			
RESISTENCIA:			
31. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.			

32. Sabemos a dónde dirigimos para buscar ayuda profesional.			
33. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales.			
34. Sabemos que hacer cuando tenemos un problema de salud.			
35. Valoramos tener hábitos saludables.			
36. Nos preocupamos por mantenernos sanos.			
37. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.			
38. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.			
39. Consideramos suficientes nuestros recursos.			
40. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.			
AFRONTAMIENTO			
41. La toma de decisiones compartida no es un problema.			
42. Ante los problemas contamos con otros familiares.			
43. Si es necesario nos organizamos de otra manera.			
44. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.			
45. Ante los problemas reaccionamos de forma tranquila y relajada.			
46. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.			
47. Cuando tenemos problemas intentamos seguir funcionando.			
48. Intentamos conocerlas causas de los problemas.			
49. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.			
50. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos.			
APOYO:			
51. Nos preocupamos por su estado.			
52. Nos encargamos de cubrir sus necesidades.			
53. Le ayudamos con aquellas tareas que no pueda realizar.			
54. Le ayudamos a seguir el tratamiento médico.			
55. Tratamos de escucharlo y comunicarnos con él.			
56. Intentamos entender su situación.			
57. Le animamos a que ponga de su parte para mejorar su salud.			
58. Pedimos ayuda a otras personas de la familia.			
59. Informamos de su estado al resto de la familia.			
60. Colaboramos todos en su cuidado.			
NORMALIZACIÓN:			
61. Acudimos a asociaciones de personas con el mismo problema.			
62. Vemos cómo puede afectar al resto de la familia.			
63. Integramos en el día a día el cuidado de su enfermedad.			
64. Intentamos ayudar a otros miembros afectados.			
65. Lo animamos a que sea lo más autónomo posible.			
66. Nos organizamos con las tareas que no pueda realizar.			
67. Adaptamos la casa a sus necesidades.			
68. Pretendemos que su entorno lo mejor posible.			
69. Intentamos que viva la situación lo mejor posible.			
70. Procuramos que la familia funcione con normalidad.			
PARTICIPACIÓN:			
71. Participamos en las decisiones sobre lo que va a hacer.			
72. Tomamos decisiones si el enfermo no puede hacerlo.			
73. Colaboramos activamente con los profesionales.			
74. Valoramos si la asistencia se presenta de forma adecuada.			
75. Nos organizamos para ayudar cuando es necesario.			

76. Tratamos de conseguir los recursos necesarios.			
77. Aseguramos que el enfermo tenga lo que necesite.			
78. Los acompañamos durante la misma.			
79. Ofrecemos al profesional la información que necesite.			
80. Pedimos al profesional que nos informe sobre su estado.			

Anexo N° 04



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

**PUNTAJE DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
(BDI-2)**

Nivel de depresión	Puntos
Mínima depresión	0 a 13
Depresión leve	14 a 19
Depresión moderada	20 a 28
Depresión grave	29 a 53

Una puntuación persistente de 17 a más, indica que puede necesitar ayuda profesional.

**PUNTAJE DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE
SALUD FAMILIAR**

Nivel de Apoyo familiar	Puntos
Bajo apoyo familiar	0 a 80
Regular apoyo familiar	81 a 160
Buen apoyo familiar	161 a 240

Nivel de Apoyo familiar por dimensiones	Puntos
Bajo apoyo familiar	0 a 10
Regular apoyo familiar	11 a 20
Buen apoyo familiar	21 a 30

