



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA**  
**SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA HUMANA**

**TITULO:**

**“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE**  
**LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE**  
**SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO - 2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA HUMANA**

**AUTOR:**

**PEREYRA WALTER PATRICIA**

**PIMENTEL - PERÚ**

**2017**

**“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE  
LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE  
SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO - 2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA HUMANA**

**AUTOR:**

**PEREYRA WALTER PATRICIA**

**ASESORA:**

**Dra. MARÍA DEL SOCORRO GALLO GALLO**

**PIMENTEL - PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA:**

*A Dios, por enseñarme que la vida es hermosa si uno aprende hacer el camino; a mi abuelo, que a pesar de no estar conmigo físicamente siempre son mi guía y a mi madre, por apoyarme y motivarme cada día a que cumpla mis sueños.*

*Patricia.*

## **ÍNDICE**

### **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción de la Situación Problemática	10
1.2 Formulación del Problema	18
1.2.1 Problema principal	18
1.2.2 Problemas secundarios	19
1.3 Objetivos de la investigación	19
1.3.1 Objetivo principal	19
1.3.2 Objetivos secundarios	19
1.4 Justificación de la investigación	20
1.4.1 Importancia de la investigación	20
1.4.2 Viabilidad de la investigación	21
1.5 Limitaciones del estudio	21

### **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes del estudio de investigación	22
2.2 Bases Teóricas	27
2.2.1 Depresión	27
2.2.2 La Tuberculosis	48
2.3 Definición de términos básicos	64

### **CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Hipótesis General	67
3.2 Hipótesis Específicas	67
3.3 Variables	68
3.3.1. Definición Conceptual de las Variables	68
3.3.2. Operacionalización de las Variables	69

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1	Diseño metodológico	70
4.2	Diseño muestral, matriz de consistencia	70
4.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, confiabilidad	73
4.4	Técnicas del procesamiento de la información instrumentos de recolección de datos	75
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	76
4.6	Aspectos éticos contemplados	77

## **CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

5.1	Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos	78
5.2	Contrastación de hipótesis	84
5.3	Discusión de los resultados	84
	Conclusiones	87
	Recomendaciones	88
	Anexos	90
	Índice de tablas	94
	Índice de figuras	95
	Referencias	96

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio sobre en qué medida influye la depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso el Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

La cual tuvo como objetivo, determinar la influencia de los niveles de depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2015.

Se diseñó un estudio descriptivo, de corte transversal en el tiempo, asimismo es de tipo comparativo. El grupo de trabajo fue conformado por 52 pacientes diagnosticados con tuberculosis. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck, el cual mide los niveles de depresión, leve, moderada y severa.

Según los resultados más resaltantes, existe relación significativa al asumir que los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad ( $p < 0.05$ ). A mayor cronicidad mayor los niveles de depresión ya que de los 52 pacientes analizados el 50% presenta un tipo de depresión, 26 (68%) que diagnostican como TBC no presentan depresión y 14 (100%) que diagnostican como TBC-MDR presentan un nivel de depresión.

**Palabras clave:** Tuberculosis, depresión, multiresistente.

## **ABSTRACT**

A study was carried out on the extent to which depression affects patients who are currently receiving antituberculosis treatment at the José Leonardo Ortiz Health Center.

The purpose of this study was to determine the influence of depression levels on patients currently receiving antituberculosis treatment at the José Leonardo Ortiz Health Center, Chiclayo - 2015.

A descriptive study was designed, cross-sectional in time, also of a comparative type. The work group consisted of 52 patients diagnosed with tuberculosis. The instrument used was Aaron Beck's depression inventory, which measures depression, mild, moderate, and severe levels.

According to the most important results, there is a significant relationship when we assume that the levels of depression significantly influence patients with a diagnosis and treatment of tuberculosis who come to the José Leonardo Ortiz health center; According to chronicity ( $p < 0.05$ ). The higher the chronicity of depression, because of the 52 patients analyzed, 50% had a type of depression, 26 (68%) diagnosed as having CBD, and 14 (100%) diagnosed as having CBD-MDR. Level of depression.

**Key words:** Tuberculosis, depression, multiresistant.

## **INTRODUCCION**

Se realizó un estudio sobre en qué medida influye la depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2015.

La depresión en los últimos años se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad y morbilidad. Según informe global de Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en el 2011, la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de unas 850 mil muertes en el año, siendo el trastorno mental más frecuente y discapacitante, que se genera por factores biológicos, sociales y psicológicos, así mismo según datos estadísticos recogidos por el Colegio de Psicólogos en el año 2009, en el Perú 20 de cada 100 peruanos sufre de depresión, y casi un 60% de esas 100 personas no obtienen la ayuda necesaria, siendo 30 veces más probabilidad de atentar contra su vida. Por otro lado, a nivel mundial la tuberculosis es considerada como uno de los problemas de salud más serios en Latinoamérica y especialmente en el Perú, realizando el estado 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. Actualmente en la provincia de Chiclayo, la tuberculosis, presenta una alta incidencia y prevalencia de las dolencias, obligando al paciente a diversos cambios en sus hábitos y estilos de vida, puesto que por referencia del personal de salud, un paciente contagiado por primera vez, su tratamiento oscila entre los 04 a 06 meses, pero si el paciente recae por abandono o por un descuido en sus hábitos alimenticios, la enfermedad se convierte en resistente, llamándose multiresistente, Así mismo, por ser esta, una enfermedad altamente contagiosa los primeros meses y de transmisión predominantemente aérea, se le prohíbe al paciente tener contacto con la sociedad, ya que al toser o hablar se expelen gotas que pueden contener uno o varios bacilos



que se diseminan fácilmente por el aire, es así que el aislamiento va ocasionar en el paciente bajos estados de ánimo que le llevarían a desarrollar una depresión.

Según el Programa de Salud Mental dirigido por el MINSA, la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos, siendo la depresión una de las más frecuentes, ya que es el impacto de una enfermedad crónica, su larga duración, así como la desinformación de la misma, lo que va a generar que la persona desarrolle una depresión, presentando sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento, entre otros. Es por ello que esta investigación, permitió evidenciar si la depresión se encuentra presente en los pacientes con tuberculosis y en qué medida varía la depresión según sus niveles, de acuerdo al tratamiento que el paciente reciba; esto no advierte de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso. Los resultados obtenidos, también beneficiarán al sector salud, otorgándoles una visión general de la situación actual por la que pasan estos pacientes, para así brindarles una mejor atención, además de establecer estrategias de detección en un trabajo conjunto con el psicólogo. Los resultados obtenidos de esta investigación, compromete a la elaboración de programas de intervenciones psicológicas de acuerdo a los niveles de depresión que afecten a los pacientes con tuberculosis y un seguimiento continuo en cuanto a disminuir el riesgo de intensificar los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física. Finalmente es conveniente comenzar a realizar estudios analíticos que demuestren el impacto que tiene la depresión sobre el tratamiento antituberculoso, ya que a pesar de haber políticas dadas por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) respecto a la Salud Mental al paciente con tuberculosis estas se ven avasalladas por factores que van desde la falta de información dada por el paciente hasta la despreocupación por el personal de Salud por el tema psicológico de cada paciente.

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad conocida también con el término “consunción” o “tisis” (enfermedad que consume) y también como la “plaga blanca” que ha afectado a la humanidad por milenios. Es una enfermedad que hoy en día se ha convertido en un problema a nivel mundial especialmente en países en proceso de desarrollo como es el Perú. (García, 2015)

Como hace mención el autor la tuberculosis es una enfermedad que consume a la persona, si no es tratada a tiempo, ya que es una enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo, y especialmente también se viene desarrollando muy notoriamente en nuestro país Perú

Las personas que padecen de TBC pulmonar propagan en el aire los bacilos tuberculosos a través de la tos, el estornudo, al gritar o cantar, por medio de gotitas de saliva diminutas (menos de 5 micras) las cuales pueden transmitir la enfermedad a las personas que están a su alrededor y las inhalan. (Andina, 2010)

Como bien se sabe la tuberculosis se contagia por vía aérea, cuando las personas infectadas tosen, estornudan o escupen. Además, un número creciente de personas del mundo contraen la tuberculosis debido a que su sistema inmunitario se ve comprometido por medicamentos, y como el autor lo menciona estas personas que adquirieron el TBC pulmonar, dejan sus virus en el aire, el cual otra persona con bajas defensas se puede contagiar.

La depresión constituye una amenaza para el tratamiento de la tuberculosis y por ello resulta importante que las personas afectadas por esta enfermedad reciban atención psicológica, para no afectar el cumplimiento estricto de la medicación, en lo cual radica la eficacia del tratamiento. En el caso de los afectados por la tuberculosis, la incapacidad para trabajar, genera sentimientos de culpa y retraimiento; asimismo, la desinformación y el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar, lo que al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad.(Andina, 2010)

Efectivamente coincido con lo mencionado por el autor, ya que una persona que ha adquirido la tuberculosis, se siente y va ser aislada de otras personas, incluso hasta de su propia familia, dependiendo del grado en que haya avanzado su enfermedad, y estas personas se sentirán decaídos, tristes, etc., ya que la depresión puede tener importantes consecuencias sociales, laborales y personales, desde la incapacidad laboral (pues se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, hasta incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión, sino también a quienes lo rodean) hasta querer llegar al suicidio.

Miranda (2002) nos hace referencia que: La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las

etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. (p. 1)

Como se mencionó líneas arriba y como indica Miranda, la depresión puede llegar a afectar tanto al paciente llegando a un estado de tristeza, que se puede presentar en cualquier de las etapas del ciclo vital, y seguido de ello presentarse síntomas que se van a relacionar con tres alteraciones vivenciales centrales: como son el ánimo, el pensamiento y la actividad del paciente afectado.

Miranda (2002) también nos menciona que: “Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica”. (p.2)

Para Miranda los cambios anímicos se van a incluir en la tristeza o irritabilidad, que presente el paciente con tuberculosis, ya que tendrá una severa pérdida en sus actividades que siempre solía realizar diariamente.

La Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (2012) nos hace mención que:

Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. (p.3)

Las personas que adquirieron la tuberculosis, su vida ya no será la que cotidianamente

hacían, ya que al sentirse enfermos, ellos empezaran a deprimirse poco a poco, que su vida activa que tenían será cada vez menos, presentando ansiedad o agitación. Las personas aquejadas de depresión pueden no vivenciar tristeza, sino que presentara pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta en el transcurso que pasa el tiempo.

Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. (p.4)

Efectivamente como lo indica la asociación de médicos de sanidad exterior en este párrafo, las personas que adquirieron la tuberculosis y cayeron en depresión, se puede convertir en un problemas serio para su salud, ya que dependiendo de cuanto se deprima esta persona para que su salud empeore, dando paso a que la enfermedad se apodere más de su cuerpo y sistema inmunológico. Al causar tal sufrimiento a la persona con tuberculosis, puede llegar a tener pensamientos suicidas, por la alteración emocional que experimente.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. (p.4)

Los tratamientos que se le brindan a los pacientes que adquieren la enfermedad de tuberculosis, resultan ser eficaces, pero no todos reciben dichos tratamientos, o también se presenta el caso que no todos reciben el tratamiento como debe de ser, quizás por la falta de recursos que el hospital

presente, o por que el personal sanitario no estuvo capacitado para afrontar un problema así.

Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (p.4)

Efectivamente como hace mención la asociación de médicos de sanidad exterior y como lo índice líneas arriba, los tratamientos para la tuberculosis, no siempre son aplicados correctamente, ya que diagnostican erróneamente al paciente y son tratados con antidepresivos, puesto que estas situaciones no deberían de ocurrir y menos en personas que han sido capacitadas para afrontar dichas situaciones.

Organización mundial de la salud/Programas y proyectos (2015) hace mención que:

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (2012), se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (p.4)

De acuerdo a lo mencionado por la OMS, la depresión y otros trastornos mentales son lo que más predominan en los pacientes con tuberculosis y que a nivel mundial es frecuente estos efectos en los pacientes que adquirieron esta enfermedad, afectando su vida cotidiana.

La estrategia de la organización mundial de la salud (OMS, 2015) para poner fin a la tuberculosis aspira a un mundo sin tuberculosis en el que esta enfermedad no sea causa de mortalidad, morbilidad y sufrimiento. En la estrategia se fijan objetivos y se perfilan distintas medidas que habrán de adoptar los gobiernos y los asociados para prestar una atención centrada en el paciente, implantar políticas y sistemas que posibiliten la prestación de atención a la tuberculosis y su prevención, e impulsen la investigación y la

innovación necesarias para acabar con la epidemia y eliminar esta enfermedad.

(p.5)

En las estrategias que la OMS plantea para poner fin a la tuberculosis, es tratar de poner fin a la mortalidad, morbilidad y sufrimiento que estos pacientes adquieren por la depresión en la que se sumergieron.

Es sus estrategias que plantea la OMS trata de adoptar objetivos y medidas que adoptaran los gobiernos y los asociados para que se centren en la atención del paciente con tuberculosis y tratar de prevenir que no caigan en depresión, y que su salud mejore.

Ha habido enormes avances en los últimos años, y el mundo está en camino de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en comenzar a reducir la propagación de la tuberculosis. Pero eso no basta, en el 2012, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta causa. (Córdova. y Sirlopu, 2012)

Según Córdova y Sirlopu, en los últimos años se ha tratado de reducir la propagación de la enfermedad de la tuberculosis, ya como se mencionó la depresión es un factor en la decisión suicida que tienen los pacientes, por eso 9 millones de personas que adquirieron esta enfermedad mueren por esta causa.

El diario La Nación (2015) afirma que:

La tuberculosis se presenta en todo el mundo. En 2013, el mayor número de casos ocurrió en Asia Sudoriental y en regiones del Pacífico Occidental, a la que correspondió el 56% de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año África tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 280 casos por 100 000 habitantes. (p. 15)

Ya en el 2013, son alrededor del 80% de los casos de tuberculosis que se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable sobre esta enfermedad de la tuberculosis, pero en otros el número de casos están

descendiendo muy lentamente. Por ejemplo el Brasil y China, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis.

En España en el año 2010 se notificaron de forma individualizada 7.162 casos de tuberculosis, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 15,54 casos por 100.000 habitantes. Esta tasa es un 8,4% inferior a la del año 2009, en que fue de 16,96 casos/100.000. (p.18)

España es uno de los países que se ha presentado en el año 2010, más casos de tuberculosis, casos que lamentablemente inciden al suicidio por causa de depresión.

“Del total de casos, 5.351 corresponden a tuberculosis respiratoria, 100 a meningitis tuberculosa, y 1.711 a tuberculosis de otras localizaciones (tasas de 11,61; 0,22 y 3,71 casos por 100.000 habitantes, respectivamente)”. (p.18)

Como lo menciona el diario la nación de los casos presentados, el 5.351 corresponden a tuberculosis respiratoria, 100 por meningitis tuberculosa que ambas son causadas por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*.

Cerca de 2.500 casos de tuberculosis se reportan al año Chile y fallecen 300. En el mundo se registran 2 mil millones de infectados y la tasa de prevalencia del mal es de 136 casos por cada 100.000 habitantes. Las naciones que registran más casos son las africanas y asiáticas.

Chile es otro país que está siendo afectado indiscutiblemente por la enfermedad de la tuberculosis, ya que cada año se reportan cerca de 2.500 casos, y pero aun de cerca de 300 son los que fallecen, debido que no solo es una enfermedad que te consume físicamente, sino también psicológicamente, ya que su estado de ánimo decaerá.

“Cada año se detectan alrededor de 15 mil nuevos casos de tuberculosis pulmonar y cerca de 2 mil defunciones por esta causa”. Informó la doctora Solache (2015), médica epidemióloga y doctora en Antropología adscrita al



Servicio de Infectología del Hospital General de México.

Así mismo hace mención Solache (2015) que: “Al igual que lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México, como en el mundo, la tuberculosis afecta principalmente a los hombres, de manera que 60 por ciento de los casos corresponden a este género”.

El Perú concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en TB Multidrogorresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad, tal es así que en los últimos años hemos recibido la dolorosa carga de 35,000 casos nuevos por año, concentrándose en Lima y Callao el 58% de los casos MDR y 90% de los casos XDR. Solache (2015)

Es importante mencionar que los recursos humanos, médicos y demás profesionales de la salud, involucrados en este proceso, no solamente necesitan capacitación e idoneidad, sino además requieren motivación y compromiso en esta peligrosa lucha, donde arriesgan su salud y hasta sus vidas, por lo que deben ser reconocidos con una remuneración justa, digna y equitativa.

La lucha contra este flagelo requiere de una decisión política impostergable por parte del gobierno nacional, que involucre a los gobiernos regionales y locales, que comprometa a los diversos ministerios y sectores de la sociedad. Esta contienda requiere de un financiamiento serio que esté blindado contra los vaivenes fiscales de la caja y de una estrategia técnica en la que participen diversos sectores.

La suma de todas estas acciones evitará que esta epidemia siga enlutando a miles de hogares, que siga acarreando gastos en el tratamiento y rehabilitación de los compatriotas, que continúe avergonzándonos ante la comunidad mundial con tasas e índices que no concuerdan con un país cuyo crecimiento económico nos coloca como una nación emergente en el continente. (Palacios, 2015)

La enfermedad de la tuberculosis se ha vuelto muy común en todos los países, y notorio debido a su tasa de muerte presentada, ya que para los familiares de los pacientes con tuberculosis, se le complica asumir los gastos en tratamiento para la enfermedad, como para el paciente con ayuda psicológica, para evitar que caiga en depresión.

El Gerente del centro de salud José Leonardo Ortiz, Víctor González Sabogal (2015), reconoció de una población de 350 pacientes 21 son casos de TBC, de los cuales dos han desencadenado en drogorresistentes. Dicho número de pacientes con TBC son derivados del Hospital Regional Docente Las Mercedes, donde son diagnosticados y enviados para seguir tratamiento en su centro de salud a donde pertenecen. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis brinda prestaciones asistenciales integrales a los pacientes con Tuberculosis. Estamos poniendo énfasis en la prevención de esta peligrosa, latente y mortal enfermedad que aqueja a nuestra población.

El estudio tiene como objetivo central establecer la influencia de la depresión en los pacientes con tuberculosis y cómo repercute en su recuperación.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema principal**

¿En qué medida influye la depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo - 2015?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis del Centro de Salud José Leonardo Ortiz?

¿Cuál es la relación entre la cronicidad de la enfermedad con los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis?

¿Cómo afecta la depresión de acuerdo al periodo de tratamiento en la población sujeto de estudio?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo principal**

Determinar la influencia de los niveles de depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo - 2015.

### **1.3.2 Objetivos secundarios**

- Conocer los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis en los diferentes grupos.
- Comparar la cronicidad de la enfermedad con los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis.
- Caracterizar la depresión de acuerdo al periodo de tratamiento en la población sujeto de estudio.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, tugurización, desnutrición, hambre y demás determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales.

Es por eso que se realizó la presente investigación para poder determinar en qué medida interviene la depresión en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis, para que así podamos tener una atención oportuna de la depresión, y esto no interfiera en la recuperación del paciente; ya que en el tratamiento de la tuberculosis, la depresión constituye una amenaza para y por ello resulta importante que las personas afectadas por esta enfermedad reciban atención psicológica para no afectar el cumplimiento estricto de la medicación, en lo cual radica la eficacia del tratamiento.

En el caso de los afectados por la tuberculosis, la incapacidad para trabajar genera sentimientos de culpa y retraimiento; asimismo, la desinformación y el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar, lo que al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad.

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

Los beneficios que nos proporciona la presente información, es el abordaje oportuno del personal de salud mental, así obtener una mejor recuperación del paciente y que este no interrumpa el tratamiento farmacológico; a la vez 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.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

La presente investigación cuenta con características, condiciones técnicas y operativas que aseguran el cumplimiento de los objetivos planteados.

El personal profesional de enfermería colaboro desinteresada e incondicionalmente, por cuanto los resultados de la investigación también son de su interés.

#### **1.5 Limitaciones del estudio**

La presente investigación tuvo algunas limitaciones en el proceso de evaluación psicológica.

El centro de salud José Leonardo Ortiz se encuentra en ubicada en una zona considerada peligrosa, lo cual pone en riesgo la integridad física del evaluador.

Una limitante también fue el riesgo de contagio que corre el investigador al evaluar a enfermos con tuberculosis, debido el uso de una mascarilla en el proceso de evaluación impide lograr el rapport.

Otra limitación fue lograr conseguir al mayor número de enfermos, para lo cual se tuvo que permanecer por varias horas en el centro de salud.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes del estudio de investigación**

#### **Nivel Internacional:**

**González (2014).** Depresión y otras variables psicológicas en el proceso de adaptación a la lesión medular. Tesis presentada como requisito parcial para obtener el título de: Psicología Clínica. Esta investigación se realizó en la Universidad de Salamanca, Barcelona.

#### **SU OBJETIVO:**

Validar el Inventario de Depresión de Beck (BDI) en una amplia muestra de personas con LM.

#### **CONCLUYENDO:**

- La Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares (EMELM) contiene escalas psicológicas con la suficiente bondad psicométrica para ser empleada con personas con LM, incluido el Inventario de Depresión de Beck, que demuestra ser fiable para valorar tanto los aspectos cognitivos de la depresión como los somáticos en las personas con LM.

- Tal y como se espera, no existe evidencia de la presencia de altos niveles de depresión en las personas que han adquirido una LM y además se demuestra que hay suficiente variabilidad individual en la presencia de niveles de depresión como para justificar que no existe un único patrón de adaptación afectiva a la LM y que por tanto hay que considerar que esta alteración del estado del ánimo no es una consecuencia necesaria y universal en el proceso de adaptación a la LM.

- Las variables clínicas relacionadas con la LM no han demostrado tener incidencia en los niveles de depresión, si bien existen otras variables sociodemográficas que tienen una mayor influencia en la presencia de la misma como son el bajo nivel académico, los bajos niveles profesionales, la no ocupación laboral e incluso el estado civil (casados, viudos y divorciados).

- Algunas condiciones desfavorables en la inserción social, y que tienen un efecto adverso en la calidad de vida, tienen un efecto potenciador de los niveles de depresión como son la presencia de problemas familiares o no practicar actividades de ocio y tiempo libre. Por el contrario la motivación hacia el empleo parece tener un efecto protector de la depresión.

### **Nivel Nacional:**

**Gómez (2014).** “Factores asociados a depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en el servicio de nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado, diciembre, 2013”. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Esta investigación se realizó en la Universidad Católica Santa María, Arequipa.

### **SU OBJETIVO:**

Determinar los factores asociados a depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis. Servicio de Nefrología del Hospital

Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2013.

CONCLUYENDO:

- La investigación dio como resultado que el 51% de casos fueron varones, y 49% mujeres, con edades entre los 60 y 69 años en 32%. El tiempo de permanencia en hemodiálisis fue de 9.05 meses. El 62% de pacientes acude solo y 38% acompañado. El 41% recibe dos sesiones a la semana, y 58% recibe tres sesiones por semana. Se identificó que 90% de pacientes con IRC terminal en hemodiálisis tienen depresión (moderada-severa en 39%, leve-moderada en 51%).
- En el análisis univariado la edad menor a 60 años se asoció de manera significativa ( $p < 0,05$ ) a riesgo de depresión (OR = 4,78); el sexo femenino ( $p < 0,05$ ; OR = 11.71), la permanencia en diálisis por más de 12 meses (OR = 5.89), los que requieren de compañía en las sesiones ( $p < 0,05$ ; OR = 7.12) o los que tienen más de 10 años de enfermedad renal ( $p < 0,05$ ; OR = 6.79).
- El análisis multivariado confirmó que la edad menor a 60 años, la permanencia en hemodiálisis por más de 12 meses y la necesidad de acompañante en las sesiones son factores independientes significativos ( $p < 0,05$ ) de depresión en estos pacientes. La frecuencia de depresión en pacientes renales crónicos en hemodialisises elevada y se presenta en pacientes jóvenes.

**Jaque (2013).** “Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre -noviembre del 2011”. Tesis para optar el título de Especialista en Reumatología. Esta investigación se realizó en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad - Escuela De Post-Grado, Lima.



#### SU OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Octubre a Noviembre del 2011.

#### CONCLUYENDO:

- Los resultados de la aplicación del test de Yesavage muestran que el 62.5% del total de pacientes con artritis reumatoide evidencian depresión. Es un porcentaje alto que debe ser considerado dentro del tratamiento integral que se quiere brindar.
- Se identificó a un total de 96 pacientes en el periodo de Octubre a Noviembre ubicados entre los 25 y 83 años, con sus respectivos datos sociodemográficos y se determinó que no hay correlación de las variables de edad, estado civil, tiempo de enfermedad, dolor articular y deformación con la prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de la red de Huacho Huaura Oyón.
- Hay una alta incidencia de pacientes con artritis reumatoide en los que se muestra correlación de la prevalencia de depresión asociada al género femenino y a la desocupación laboral.

#### Nivel Local:

**Riquero (2014).** Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del Minsa Chiclayo, 2012. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Esta investigación se realizó en la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.

#### SU OBJETIVO:

Comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los

tipos de tratamientos de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012.

**CONCLUYENDO:**

- Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión en los dos tipos de tratamiento antituberculoso.
- Los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve, a diferencia de los que se encontraban recibiendo el tipo de tratamiento multiresistente, los cuales denotan altos niveles de depresión moderada a severa.
- En el grupo de pacientes con tuberculosis, las mujeres denotan niveles bajos de depresión a diferencia de los hombres que presentan niveles de depresión severa.

**Castellano y Soza (2014).** Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos del Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Esta investigación se realizó en la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.

**SU OBJETIVO:**

Determinar las diferencias entre los niveles de ideación suicida, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en pacientes con Tuberculosis (TBC), de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe.

**CONCLUYENDO:**

- Se encontró diferencias significativas entre los niveles de ideación suicida en los pacientes con VIH y en los pacientes con TBC, presentándose en mayor cantidad en los pacientes con TBC con un nivel medio, mientras que en los pacientes con VIH, en su mayoría presentaron un nivel bajo.

- En cuanto a los niveles de ideación suicida por dimensiones, se encontró que los pacientes con TBC presentaron en mayor cantidad, niveles medio y alto en todas las dimensiones, en comparación a los pacientes con VIH, quienes en su mayoría presentaron niveles bajos.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Depresión**

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día al otro y no suele responder a cambios de ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Diario la nación (2015)

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmarcada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas, obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. (CIE 10, 1992)

#### **2.2.1.1 Etiología de la depresión**

Organización mundial de la salud/Centro de prensa (2012) nos hace mención que:

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Entre todos ellos, los factores biológicos son los que merecen especial atención, incluyendo la Psico-Neuro-Inmunología, que plantea un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y psicológicos. (pág. 18)

Un elevado y creciente número de evidencias indica que los episodios depresivos se asocian no sólo con cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central, sino también con cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos. (pág. 22)

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Actualmente, no existe un perfil claro de biomarcadores asociados con la depresión que pueda ser usado para el diagnóstico de la enfermedad. (pág. 25)

#### **2.2.1.2 Síntomas de la depresión**

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso.
- Pérdida marcada de la libido.

### **2.2.1.3 Niveles de depresión**

Nezu y Perri (1989) hacen mención sobre los niveles de depresión, siendo la siguiente:

#### **Depresión severa**

Se refiere a cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades diarias. (p.6)

#### **Depresión moderada**

La persona presenta muchos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar las actividades cotidianas. (p.6)

#### **Depresión leve**

Cuando la persona presenta sólo algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria le generan un gran esfuerzo. (p.6)

### **2.2.1.4 Factores de la depresión**

Nezu y Perri (1989) Entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales:

#### **Factores genéticos**

La presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que en los gemelos monocigóticos hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión en el caso de existir precedentes en el otro.

Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos. (p. 16)

### **Factores fisiológicos**

La aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales. Por este motivo, en el tratamiento de la depresión se emplea en ocasiones un grupo de fármacos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, cuya función consiste precisamente en modificar los niveles de serotonina que se encuentran alterados en estos pacientes.

Existe, además, un grupo de enfermedades estrechamente ligadas a la aparición de depresión, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas:

- Migraña.
- Diabetes.
- Hipertiroidismo.
- Síndrome de Cushing.
- Enfermedad de Adisson.
- Amenorrea hiperprolactinémica.

### **Factores personales**

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones. El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas. (p.17)

## **Factores ambientales**

Se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto (estrés, ansiedad, incapacidad de encauzar los problemas) en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar), en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas, etcétera. (p.18)

### **2.2.1.5 Factores contribuyentes y prevención**

Palacios (2015) hace mención que:

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. (p. 10)

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares de prevención del maltrato infantil o los programas para mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes. (p. 10)

Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también son eficaces para prevenir la depresión. (p.10)

### 2.2.1.6 Epidemiología de la depresión

Organización mundial de la salud/Centro de prensa (2015) hace referencia que:

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil. La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. (p. 21)

Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. (p. 22)

Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente,



ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos admitida y su sintomatología reporta de manera diferente. (p. 22)

Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes a depresión es una perturbación compleja. (p. 23)

Es un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto sufrimiento psíquico que le produce como por sus secuelas personales y sociales. El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en

forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero y estable, un síntoma o una estructura psicopatológica ya que va mucho más allá de esto. Las estadísticas demuestran también que ha sido severamente subestimada en el mundo, un problema que se prolongó hasta hoy y se predice que empeorará en el futuro. Otra realidad preocupante es que a menudo la depresión se subdiagnostica y se trata de manera inadecuada, un hecho grave si se considera que es una enfermedad con tendencia a la cronicidad o a la recurrencia, con una tasa de recaída que alcanza al 80% de los enfermos. (p. 23)

#### **2.2.1.7 Teorías de la Depresión**

Winokur (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

#### **2.2.1.8 Teorías Conductuales de la Depresión**

Antonuccio, Ward y Tearnan (1989) hacen mención sobre:

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas.

Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar

en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. (p. 52)

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción. (p. 52)

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión:

#### **- La disminución del refuerzo positivo**

Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años.

A su vez, Lewinsohn et al. también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo

social. Lewinsohn et al. indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.(Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997)

### **- Entrenamiento en autocontrol**

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas.

### **- El modelo de Nezu**

Nezu, Nezu y Perri(1989). Desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son el déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas.

Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos.

Dada esta asociación Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la

depresión.

Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribución al negativo y la depresión.

#### **2.2.1.9 Las teorías cognitivas de la depresión**

Seligman (1975) nos hace referencia que:

Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo.(p. 18)

Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. Son dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión. (p.18)

#### **- La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación**

Seligman hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. (Seligman, 1975).

Posteriormente, Abramson et al. reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable.

Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión. (Abramson, Seligman, y Teasdale; 1978)

### **- La teoría cognitiva de Beck**

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et

al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales.

El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio.

Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres.

De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

(Beck, Rush y Shaw; 1979)

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.

#### **2.2.1.10 Teorías biológicas de la depresión**

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor. La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. (Friedman y Thase; 1995)

La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas, noradrenalina y dopamina, la indolamina, serotonina y la acetilcolina. (Friedman y Thase; 1995)

Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuro conductuales:

- 1) Facilitación conductual;



- 2) Inhibición conductual;
- 3) Grado de respuesta al estrés;
- 4) Ritmos biológicos; y
- 5) Procesamiento ejecutivo cortical de la información.

El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquirido. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica. (Post, 1992)

#### **2.2.1.11 Tratamiento de la Depresión**

Stravynski y Greenberg (1992). Investigaciones que se han realizado hasta la actualidad sobre el tratamiento psicológico de la depresión ha tenido como tema central las terapias cognitivo-conductuales. Afirma que este tipo de intervenciones son activas (p.ej., se enseñan estrategias) y directivas (p.ej., se asignan tareas para casa), tiene metas específicas alcanzables y ayudan a proporcionar una nueva perspectiva al paciente.

#### **Terapias conductuales**

El primer programa de tratamiento importante que se desarrolló fue el de Lewinsohn (1974), basado en las formulaciones conductuales de depresión de Skinner (1953) y de Ferster (1973). Posteriormente, Lewinsohn y sus colaboradores han perfeccionado este tipo de

tratamientos, así como Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981), Rehm (1977) y McLean y Hakstian (1990).

El interés de esta terapia se dirige a mejorar las habilidades sociales y de comunicación, incorporar en el repertorio del paciente conductas adaptativas tales como la aserción positiva y negativa, aumento de refuerzo positivo contingente a la respuesta de conductas adaptativas y disminución de experiencias de vida negativas.

#### **- El tratamiento de la depresión según Lewinsohn y colaboradores**

La formulación conductual de Lewinsohn (1975) sirvió como fuente para el desarrollo de una estrategia de tratamiento centrada en aumentar la tasa de refuerzo entre áreas: actividades agradables, actividades interpersonales y pensamientos saludables.

Estas tres estrategias fueron originalmente diseñadas como manuales de tratamiento individual distintos, evaluados en un estudio clínico aleatorizado, en el cual se compararon tres tratamientos entre sí y con una condición de lista de espera.

El propósito del estudio consistía en examinar si una de estas tres estrategias era preferible a las otras en el tratamiento de la depresión clínica o en otras palabras, si era mejor centrar la atención en actividades, en habilidades sociales o en el pensamiento. En el estudio se encontró que los tratamientos produjeron una mejoría significativa en comparación al grupo control de lista de espera, pero no hubo diferencias significativas entre las tres condiciones.

Por lo tanto, los autores de los manuales decidieron unificar las tres estrategias en un solo manual, el cual ha sido publicado y evaluado en varios estudios en su formato original o adaptado.

#### **- El tratamiento de la depresión según Rehm**

Fuchs y Rehm (1977) y Rehm y Kornblith (1979) han desarrollado un programa de tratamiento basado en la teoría del autocontrol. El paquete de tratamiento básico consta de 6 a 12 sesiones, divididas en tres partes. El eje central del tratamiento es el desarrollo de una autoobservación y una autoevaluación más adaptativas y mejores estrategias de autorrefuerzo.

En la primera sesión se explica de mododidáctico la relevancia y el papel que juegan el déficit de autocontrol en la depresión.

McLean y Hakstian (1990), partiendo de las sugerencias de Rehm, le añadieron los procedimientos de solución de problemas y autocontrol, y compararon este paquete de tratamiento de terapia conductual con la relajación, terapia introspectiva (insighttherapy) y amitriptilina. El programa de terapia de conducta fue igual o superior a las otras condiciones de tratamiento.

Estos resultados se mantuvieron a los 27 meses de seguimiento, encontrándose que los sujetos tratados con terapia de conducta eran socialmente más activos y productivos que los de las otras condiciones de tratamiento. La terapia de autocontrol de Rehm ha demostrado ser significativamente superior a tratamientos psicosociales no específicos y a grupos control de no tratamiento.

Sin embargo, hasta la actualidad no se ha comparado con fármacos antidepresivos.

#### **- La terapia marital conductual**

Otro desarrollo de los enfoques conductuales para la depresión es la aplicación de la terapia marital conductual con aquellos pacientes que tienen una depresión y una situación de desavenencia con su pareja. Las investigaciones más importantes sobre esta terapia son las de O'Leary y colaboradores y las de Jacobson y colaboradores. Ambos grupos de investigación han demostrado que la terapia marital conductuales igual de eficaz que la terapia cognitivo-conductual para la reducción de la depresión entre los pacientes que tienen una depresión mayor y una situación de pareja discordante.

Estas investigaciones también han demostrado que la terapia marital conductual tiene la ventaja añadida de ser superior a la terapia cognitivo-conductual en la reducción de los problemas de pareja, lo que aconseja su utilización en estos casos.

La terapia marital conductual resultado eficaz en los pacientes con depresión y que, además, tienen problemas maritales.

Sin embargo, no se ha evaluado con un número adecuado de pacientes con problemas maritales y que experimentas en una depresión muy grave para saber si la eficacia de este enfoque conductual es aplicable a estos pacientes o si la presencia de depresión grave habría que tratarla utilizando esta terapia y farmacología antidepresiva.

### **- El entrenamiento en habilidades sociales**

Lewinsohn, Gotl y Hautzinger (1997) nos refiere que:

Como hemos visto, las teorías conductuales de la depresión postulan que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta puede conducir a la depresión. La obtención de refuerzo positivo está determinada, en parte, por la destreza del individuo para aumentar la disponibilidad de refuerzo positivo y obtener el mismo. Esto es frecuentemente, los pacientes deprimidos experimentan insatisfacción con su familia, su trabajo y sus relaciones sociales; la depresión puede ser debida a la ausencia de habilidades sociales necesarias para obtener el máximo refuerzo positivo y el mínimo castigo. (p. 65)

De hecho, por ejemplo, Lewinsohn sostiene que la depresión a menudo surge a causa de la ausencia de habilidades sociales que le permitan al paciente el máximo refuerzo positivo y la reducción del castigo. Ya hace años que distintos autores demostraron que las personas deprimidas presentan una conducta interpersonal inadecuada. El déficit en habilidades conductuales incluye una tendencia a ser menos asertivo y menos positivo, a tener expresiones faciales negativas y un contacto visual pobre y a mostrar menos actividad en las interacciones de grupo. (p. 65)

### **- La terapia cognitiva de Beck**

La terapia cognitiva de la depresión es un enfoque psicoeducativo activo, directivo, estructurado y orientado hacia el problema, basado

en la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Tres suposiciones teóricas subyacen a las intervenciones de la terapia cognitiva. La principal suposición es que la conducta y el afecto del individuo deprimido están determinados en gran parte por la forma en cómo ve el mundo. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Una segunda suposición es que las cogniciones (pensamientos, creencias, fantasías, imágenes, etc.) pueden ser auto-observadas por el cliente y comunicadas. La identificación y la auto-observación de las cogniciones pueden requerir entrenamiento, asumiendo que estas cogniciones son o pueden llegar a ser conscientes. Se supone, en tercer lugar, que la modificación de las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y en la conducta. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El terapeuta y el paciente trabajarán juntos según el principio de «empirismo colaborador»; la terapia cognitiva es un modelo de colaboración. Con el esfuerzo conjunto, el paciente y el terapeuta transforman las quejas o problemas principales del cliente en síntomas objetivo específicos. Posteriormente, estos problemas se traducen a términos cognitivos y conductuales y se desarrolla un plan de tratamiento diseñado individualmente, basándose en las necesidades del cliente. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

### **- La terapia interpersonal**

Esta terapia a diferencia de otras muchas que han sido propuestas para el tratamiento de la depresión, y que no sean las conductuales o las

cognitivo-conductuales, ha demostrado ser eficaz para tratar la depresión. Originalmente se desarrolló para que se pudiese llevar a cabo entre 12 y 16 semanas y que sólo fuese aplicable a personas con depresión unipolar no psicótica. (Post, 1992)

El objetivo de la terapia interpersonal es identificar y buscar solución a las dificultades que tiene el paciente con depresión en su funcionamiento interpersonal. Las áreas problemáticas fundamentales incluyen penas no resueltas, disputas interpersonales, roles de transición y déficits interpersonales (p.ej., aislamiento social). (Post, 1992)

#### **- Tratamientos farmacológicos y somáticos**

La depresión mayor y la distimia también se pueden tratar eficazmente con distintos tipos de medicación antidepresiva. El tratamiento antidepresivo se divide entre fases: 1) fase aguda; 2) fase de continuación; y 3) fase de mantenimiento. La primera fase dura hasta que los síntomas han remitido a un nivel aceptable, aproximadamente un promedio de 20 semanas. La segunda fase, indicada para evitar la recaída, dura entre 4 y 6 meses. (Thase, 1992).

Prien y Kupfer(1987); Thase (1990). Y, la última fase, sería necesaria para aquellos pacientes que experimentan episodios depresivos recurrentes, con el fin de evitar la aparición de los mismos. El tratamiento de la depresión mayor unipolar con medicación antidepresiva ha resultado ser eficaz para tratar la misma. Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros agentes que se estudiaron ampliamente. Thase (1992)

Distintos meta-análisis (p.ej., Joffe, Sokolov y Streiner, 1996), en los que se incluyeron estudios con condiciones placebo, demostraron de modo consistente y significativo que los grupos de tratamiento eran más eficaces que los grupos placebo. Con los estados depresivos más graves y recurrentes, especialmente aquellos con características endógenas o melancólicas, tradicionalmente se ha utilizado como tratamiento de elección los antidepresivos tricíclicos. Thase (1992)

### **2.2.2 La Tuberculosis**

La Organización Mundial de la Salud/Centro de Prensa (2015), afirma que:

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch), una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir. La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada. (p. 50)

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 10%. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunitario está dañado, como ocurre en casos de infección por el VIH, desnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco. (p. 50)

Cuando la enfermedad tuberculosa se presenta, los síntomas (tos, fiebre,



sudores nocturnos, pérdida de peso, etcétera) pueden ser leves por muchos meses. Como resultado, los pacientes tardan en buscar atención médica y en el ínterin transmiten la bacteria a otros. A lo largo de un año, un enfermo tuberculoso puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto estrecho. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de los enfermos tuberculosos mueren. (p. 50)

### **2.2.2.1 Etiología de la tuberculosis**

Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979) nos refiere que:

El bacilo de Koch es un bacilo largo, recto, algo incurvado y de extremos redondeados que se tiñe por la Fucsina básica de Ziehl y no se decolora con el lavado con ácido nítrico y alcohol (Método de Ziehl-Nielsen). Es un bacilo aerobio y crece mejor en contacto con el aire y pertenece al grupo mycobacteriaceas. El análisis bacteriológico es una de las pruebas importantes para el diagnóstico. (p.33)

Se puede realizar en muestras de esputo espontáneo matutino, bronco aspirado y cepillado bronquial, líquido gástrico, biopsia transbronquial y pleural, líquido pleural y en las formas hematógenas, en biopsia de médula ósea o hepática. En cualquiera de las muestras citadas se puede realizar: Baciloscopia, mediante tinción de Ziehl-Nielsen (normalmente requiere la existencia de 5.000-10.000 bacilos para ser visible) que nos puede dar resultados en unos 30 minutos. Cultivo, que ha de hacerse en un medio especial (medio de Löwenstein-Jensen) debido a que el bacilo de Koch es un bacilo de crecimiento lento y difícil, y los resultados tardan de 10 a 30 días,

incluso hasta 60 días. Se necesitan al menos unos 500 bacilos para que sean positivos. A partir de los cultivos se pueden obtener antibiogramas, pruebas de gran importancia para seleccionar los mejores quimioterápicos, sobre todo en los casos de fracaso del tratamiento. (p.33)

#### **2.2.2.2 Transmisión de la Tuberculosis**

Ministerio de Salud del Perú (2015). Hace mención que:

Se transmite por vía respiratoria. La persona con tuberculosis, elimina el microbio en las gotitas de saliva al toser o estornudar. Este microbio puede ser aspirado por una persona sana que esté en contacto frecuente con el enfermo de tuberculosis y así contagiarse. Las bacterias de la tuberculosis se transmiten a través del aire. Para contraer la tuberculosis debe haber generalmente contacto cercano diario con una persona que tenga la enfermedad. Por esta razón, la mayoría contrae la enfermedad de personas con quienes comparte mucho tiempo, como por ejemplo, miembros de la familia, amigos, o compañeros de trabajo. (p. 45)

#### **2.2.2.3 Síntomas de la tuberculosis**

Los síntomas de la tuberculosis dependen del lugar del cuerpo donde se estén reproduciendo las bacterias que causan la enfermedad. Entre estos síntomas se incluyen:

- Una tos intensa que dura 3 semanas o más
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones)

- Debilidad o cansancio
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos.
- Fiebre
- Sudor durante la noche

#### **2.2.2.4 Tipos de tuberculosis**

García (2015) nos hace referencia sobre los tipos:

- **Según su localización:**

A pesar de que la localización pulmonar es la más frecuente, la bacteria de la tuberculosis puede crecer en otros muchos lugares del organismo. Es lo que se conoce como tuberculosis localizada, ya que solo afecta a un órgano. Algunos de estos son, además del pulmón: piel, tracto gastrointestinal (estómago, intestino y otros órganos asociados), riñón y cerebro. La bacteria puede alcanzar el cerebro produciendo una meningitis tuberculosa, que es muy peligrosa y muy difícil de tratar. La tuberculosis puede diseminarse (tuberculosis miliar o diseminada) por la sangre alcanzando muchos órganos a la vez. Esta forma es muy grave, y suele aparecer en personas en las que el sistema inmune está debilitado o es casi inexistente. (p. 20)

- **Según su cronicidad:**

##### **Tuberculosis multirresistente (MDR TB)**

La tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés) es causada por un organismo resistente a por lo menos dos

medicamentos, la isoniazida y la rifampina, que son los más poderosos para el tratamiento de esa enfermedad.

Estos medicamentos se usan para tratar a todas las personas enfermas de tuberculosis. (p. 23)

### **Tuberculosis extremadamente resistente (XDR TB)**

La tuberculosis extremadamente resistente (XDR TB, por sus siglas en inglés) es un tipo de tuberculosis MDR relativamente poco común. La tuberculosis XDR se define como una tuberculosis resistente a la isoniazida y a la rifampicina, así como a todas las fluoroquinolonas y a por lo menos uno de tres medicamentos inyectables de segunda línea (p.ej., amicacina, kanamicina o capreomicina). Debido a que la tuberculosis XDR es resistente a los medicamentos más poderosos para el tratamiento de la tuberculosis, las opciones de tratamiento para los pacientes con esta enfermedad son mucho menos eficaces. (p. 23)

La tuberculosis XDR es motivo de preocupación particular para personas con la infección por VIH y otras afecciones que debilitan el sistema inmunitario. Estas personas tienen más probabilidad de enfermarse de tuberculosis después de adquirir la infección y un mayor riesgo de morir de la enfermedad. (p. 24)

#### **2.2.2.5 Factores de riesgo de la tuberculosis**

Los factores de riesgo relacionados con infección, morbilidad y mortalidad tuberculosa son: contacto con fuente de infección, hacinamiento en viviendas mal ventiladas y oscuras, desnutrición,

estados mórbidos asociados a inmunodepresión, marginación cultural y socioeconómica y limitada, o nula atención en la salud.

- **Socioeconómicas**

El informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): “La evolución de la pobreza monetaria en 2014”.

En primer lugar, el informe técnico del INEI define a los pobres monetarios como “aquellas personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.).

Son pobres extremos aquellos hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo básico de la canasta de alimentos. Se usa como indicador de bienestar al gasto.

Por lo tanto es una medida unidimensional de la pobreza, a pesar que todos sabemos que la pobreza no consiste solo en “tener o tener” la capacidad de gasto, sino de muchos factores adicionales, que constituyen lo que se conoce bajo el nombre de “pobreza multidimensional” señala que las posibilidades de ser pobre en nuestro país se acrecientan.

- **Mala alimentación**

El ser humano para tener un alto grado de bienestar requiere entre otros el aporte de alimentos para el organismo. Para lograr esto se involucra varios aspectos, como los económicos, asociados a la capacidad de compra, de manera que la alimentación también se relaciona con los programas enmarcados dentro de la política de

empleo e ingresos, precios de alimentos y otros bienes.

Otros aspectos son la educación y cultura, que va a determinar la decisión familiar de adquirir diversos tipos de alimentos. Sobre la base del consumo de alimentos, cualitativo y cuantitativo, puede estimarse las repercusiones de la alimentación sobre el estado de salud de una comunidad.

- **Hacinamiento mala iluminación y ventilación de las viviendas**

Los bacilos eliminados al exterior con gotas microscópicas de expectoración, puede quedar flotando en el aire y mantener su viabilidad mientras no sean expuestas a la luz diurna. Se dice que pueden mantenerse vivo por un espacio de 10 horas en el polvo.

A todo esto, sumado el hacinamiento en decir 3 a más personas que comparten la habitación, con un enfermo tuberculoso, están particularmente expuestos a la infección por tuberculosis. La ventilación inadecuada de la habitación favorece la concentración de la microbacteria, de modo que el riesgo de inhalarlos es mayor.

- **Aspectos psicológicos**

El estado emocional también participa de manera importante en la disminución de la resistencia corporal; a la enfermedad. Ansiedad, tensión, estrés, depresión; pueden contribuir al desarrollo de la tuberculosis al trastornar el equilibrio metabólico y fisiológico del organismo. Las reacciones a tensiones o estados de alarma, pueden

manifestarse por ingestión irregular e insuficiente de alimentos, o falta de sueño, y pueden impedir que el individuo practique medidas lógicas y útiles en su higiene personal.

El alcoholismo como respuesta a la incapacidad de resistir a diversos elementos de tensión, constituye el factor predisponente para la tuberculosis; las deficiencias gástricas y hepáticas que pueden acompañar al alcoholismo, ejerce un efecto paralizante sobre el sistema mucociliar de los bronquios (como lo hace el tabaco), que limita la capacidad de los pulmones para atrapar y expeler los gérmenes inhalados. Es posible que la drogadicción desempeñe un papel similar al del alcohol.

- **Estados mórbidos asociados a inmunodepresión**

Uno de los estados mórbidos asociados a la inmunodepresión, es el SIDA. Según la Organización mundial de la Salud estimó que existían aproximadamente veintitrés millones de personas en el mundo viviendo con el VIH/SIDA y que ocho de nueve millones de ellos habrán desarrollado SIDA desde el inicio de la epidemia.

Según el Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles; Control de Enfermedades ETS y SIDA para 1998 en el Perú existirán 582 casos de SIDA. Sin embargo, el problema de salud ligado a la coinfección TBC – VIH se han incrementado velozmente y la presencia de la epidemia por el VIH amenaza cambiar radicalmente la epidemiología de la tuberculosis y hacer aún más difícil su control.

En 1998 se notificaron 467 casos de asociación VIH/SIDA a nivel

nacional, siendo el 76,9% nuevos; 18,8% recaídas; 2,4% abandonos recuperados; y 9 fracasos. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014).

#### **2.2.2.6 Prevención de la tuberculosis**

El contagio de tuberculosis puede prevenirse, pero depende, sobre todo, de la actitud del enfermo.

Este deberá toser siempre en un pañuelo de papel desechable, que deberá ser depositado en la basura en una bolsa de plástico cerrada.

Durante las primeras dos o tres semanas del tratamiento, es preciso que el paciente se mantenga aislado en una habitación, que deberá ser ventilada varias veces al día y permanecer con la puerta siempre cerrada para evitar la diseminación de las bacterias a otras estancias de la casa.

Los contactos personales deben ser breves y limitados; y todo aquel que entre en contacto con el enfermo deberá llevar mascarilla, para evitar inhalar las bacterias presentes en el aire. En el exterior no hay riesgo, siempre que se mantenga una distancia prudencial. Los rayos del sol matan las bacterias, por lo que es conveniente que la habitación del enfermo sea soleada. Si no se puede llevar a cabo el aislamiento del paciente en casa, deberá acudir al hospital.

Durante este periodo, el paciente no mantendrá contactos íntimos ni relaciones sexuales, ya que aún puede estar en la fase infectiva. Solo cuando lleve dos o tres semanas de tratamiento tendrá la seguridad de que ya no puede infectar a nadie. Es necesario evitar durante este



tiempo los lugares cerrados, con mucha gente, como el transporte público.

Tras este periodo de dos o tres semanas, el paciente puede abandonar el aislamiento, y los contactos no requerirán el uso de mascarilla.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014)

#### **2.2.2.7 Epidemiología de la tuberculosis**

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa transmisible causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, generalmente de evolución crónica y caracterizada por la formación de granulomas. Su localización preferente es el pulmón, aunque puede afectar a cualquier órgano.

Actualmente dista mucho de ser una enfermedad controlada, observándose en las últimas dos décadas un incremento en el nº de casos, incluso en países desarrollados donde previamente se había logrado un descenso muy significativo.

En 1993 la OMS declaró la TBC como “emergencia global” y se comenzó a tomar conciencia del problema, lo que ha llevado a un cambio en la actitud general frente a esta enfermedad. Así, en los últimos años se ha frenado la tendencia al incremento e incluso se ha vuelto a invertir en algunos países, habiendo ayudado a esto el descenso asociado del SIDA (ya que en enfermos de SIDA la TBC es muy prevalente).

El agente causal es el complejo TBC, dentro del género *Mycobacterium*, que incluye las especies *M.tuberculosis*, *M.bovis* y

M.africanum. El fundamentalmente implicado en TBC humana es M.tuberculosis, ya que M.bovis se aísla en seres humanos en casos contados y M.africanum está circunscrito como agente de TBC humana a regiones de África central. Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (2012).

#### **2.2.2.8 Manifestaciones Clínicas**

Los síntomas varían entre unos pacientes y otros, dependiendo de la extensión de la enfermedad, tal vez no se observen síntomas durante los estadios precoces de la tuberculosis pulmonar, con lesiones inflamatorias pequeñas. Mientras que los síntomas son más probables en los pacientes con enfermedad avanzada bilateral.

El síntoma más habitual de la tuberculosis pulmonar es la tos. Al principio la tos puede ser no productiva pero si la enfermedad progresa sin tratamiento se convierte en productiva con expectoración mucosida o mucopurulenta, en ocasiones se produce hemoptisis pero la hemorragia solo se observa en la enfermedad cavitaria extensa cuando se afecta el tejido pulmonar próximo de tipo pleurico.

Este dolor suele ser agudo y empeora con la respiración profunda o con la tos. La disnea es rara, excepto en los casos avanzado o en los pacientes con complicaciones como derrame pleural o neumotorax, los enfermos con enfermedad extensa presentan síntomas sistemáticos, por ejemplo fiebre, sudores nocturnos, malestar general, pérdida de peso, anorexia y fatiga como sucede con otras enfermedades infecciosas.

Las manifestaciones clínicas pueden ser atípicas en los ancianos. Si el

paciente presenta confusión mental, será difícil obtener una descripción clara de la sintomatología. Además, la tos productiva crónica se puede atribuir a una historia larga de tabaquismo.

Durante los primeros estudios de la tuberculosis, las lesiones inflamatorias aparecen en la radiografía de tórax como pequeñas densidades mal definidas sobre todo en el segmento apical y posterior del lóbulo superior derecho o en el segmento a pico posterior del lóbulo superior izquierdo.

#### **2.2.2.9 Tratamientos de la tuberculosis**

Conacyt agencia informativa (2015) nos refiere que:

Durante los años 50, los pacientes tuberculosos permanecían hospitalizados durante el tratamiento o al menos durante una parte del mismo, en la actualidad se acepta que la hospitalización no es necesaria y el tratamiento suele administrarse en régimen ambulatorio.

El ingreso de estos pacientes puede ser necesario para evaluación diagnóstica, por efectos secundarios de la quimioterapia antimicrobiana y por complicaciones de la tuberculosis pulmonar, además de por enfermedades intercurrentes. (p. 45)

El tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar se basa en combinaciones de fármacos. No todos los bacilos tuberculosos son sensibles a los mismos fármacos y la aparición de mutantes resistentes puede plantear problemas. Para evitarlos es necesario tratar la tuberculosis con numerosos fármacos al mismo tiempo. Se recomienda al menos 6 meses de terapia, con isoniacida, rifampicina y piracinamida, estambutol, estreptomina. (p. 45)

En las áreas donde la resistencia a la isoniazida es baja pueden ser adecuados tres fármacos (isoniazida, rifampicina y piracinamida) como régimen inicial. Como alternativa, pueden administrarse isoniazida y rifampicina y estambutol o estreptomina durante 9 meses. Los regímenes de 6 a 9 meses son igualmente eficaces, siempre que los pacientes tomen la medicación de una forma constante. El principal determinante del éxito del tratamiento es la adhesión del paciente al régimen terapéutico. (p. 45)

Se ha demostrado que el 25% de las personas que reciben un tratamiento para la tuberculosis pulmonar no completan el régimen recomendado en los 12 meses. Deben diseñarse medidas específicas para fomentar esta adhesión y algunos pacientes necesitarán un tratamiento bajo observación directa. La eficacia terapéutica se establece mediante muestras mensuales de esputo, hasta que se hacen negativas. Hacia el final del tercer mes de tratamiento, el 90% de los esputos positivos se habrán convertido en negativos para tuberculosis. (p. 46)

En pacientes con muestras de esputo negativas antes del tratamiento, el seguimiento se centra en las radiografías de tórax y en la evaluación clínica de los síntomas. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de tuberculosis resistentes a los fármacos. (p. 46)

La resistencia de los fármacos iniciales es otro motivo de fracaso terapéutico. El personal tiende a ser mayor en los países

subdesarrollados, siendo relativamente infrecuente en Estados Unidos y Canadá. Más habitual es la resistencia a la isoniazida o a la estreptomina que a la rifampicina.

La isoniazida se recomienda también durante seis a doce meses para prevenir la tuberculosis pulmonar en grupos de individuos de alto riesgos seleccionados.

Esto incluye personas en contacto íntimo con un paciente en el que se sospecha tuberculosis pulmonar activa. (p. 46)

### ***Esquema de Tratamiento de la Tuberculosis:***

Este tratamiento es anti-tuberculosis que está compuesto por los siguientes medicamentos: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Piracinamida (Z), Estambutol (E) y Estreptomina (S).

La Rifampicina y la Estreptomina deben limitarse para el tratamiento anti tuberculoso.

### ***Este esquema consta de tres fases:***

**Primera fase:** La primera fase se aplica durante 20 días (20 dosis) de lunes a sábado.

- Estreptomina 1 gr
- Rifampicina 300 mg
- Isoniazida 300 mg
- Piracinamida 500 mg

**Segunda fase:** esta fase se aplica durante 35 días (35 dosis) de lunes a sábado:

- Rifampicina 500 mg
- Isopiazida 300 mg
- Piracinamida 500 mg

**Tercera fase:** (fase de sostén) esta se aplica durante 35 días (35 dosis) de lunes a viernes.

- Rifampicina 300 mg
- Isoniazida 300 mg

***Principales efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos:***

<b><i>Fármaco</i></b>	<b><i>Efectos secundarios</i></b>
<b>Isoniazida</b>	Hepatitis, polineuritis y otros trastornos neurológicos Erupciones cutáneas, artralgias.
<b>Rifampicina</b>	Náuseas, vómitos y diarrea, colestasis, trombocitopenia, IRA.
<b>Piracinamida</b>	Hepatitis, artralgia, hiperuricemia
<b>Estambutol</b>	Neuritis retrobulbar
<b>Estreptomina</b>	Toxicidad vestibular y auditiva, nefrototoxicidad, rash, parestesias bucales.

Este esquema acordado está indicado a los siguientes pacientes:

1. A los pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva que no han recibido tratamiento

antituberculoso anteriormente (o menos de un mes).

2. A los pacientes no bacilíferos con formas graves de tuberculosis (hemotisis, meningitis, tuberculosis, tuberculosis miliar, mal de Pott y pacientes con SIDA).

El tratamiento se administra en forma ambulatoria si el paciente vive cerca de la unidad de salud y se compromete a llegar diariamente en la primera fase.

El tratamiento completo puede ser omitido los domingos, la fase de sostén en auto administrada, se le entrega el medicamento al paciente cada mes.

Cuando la baciloscopia está negativa al finalizar el segundo mes de tratamiento pasa a la fase de sostén.

Si la baciloscopia se mantiene positiva, debe continuarse el tratamiento de la fase intensiva de dos a cuatro semanas más con los 4 medicamentos y hay que examinar el esputo a intervalos de una semana.

Cuando los controles de baciloscopia salen negativo se pasa a la fase de sostén, si el término del tercer mes de tratamiento continúa con baciloscopia positiva se pasa a la fase de sostén.

Si a los cinco meses de tratamiento todavía continúa positiva, se continúa al esquema y se registra como fracaso, se registra al paciente como nuevo en el libro de registro. Rehm (1990).

## 2.3 Definición de términos básicos

### • Depresión

La palabra depresión proviene del término latino depressio que, a su vez, procede de depressus (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal. (Oblitas, 2006)

En el desarrollo de la depresión, lo habitual es que se produzca una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas. El consumo de drogas es un factor que puede incidir en la aparición de un cuadro de depresión. Según la definición clínica de esta patología, la depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado. Entre los síntomas de esta enfermedad se encuentran:

- \*Un estado anímico altamente irritable;
- \*Desmotivación para hacer las actividades habituales;
- \*Insomnio o dificultad para dormir;
- \*Aumento o disminución brusca del apetito;
- \*Estrés, cansancio y sentimientos autodestructivos y de culpa;
- \*Sensaciones de soledad absoluta y desesperanza;
- \*Pensamientos suicidas.



Es importante señalar que una de los síntomas más nocivos de la depresión es la disminución de los sentimientos de autoestima, lo que desencadena otras complicaciones como problemas en la interacción social. En los niños, se ven disminuciones en el rendimiento escolar, dificultad para conciliar el sueño y problemas de comportamiento. (Oblitas, 2006)

#### • Programa Nacional de Control de Tuberculosis

Organización Mundial de la Salud Ginebra (1992) nos refiere que:

El Programa de control de tuberculosis es un programa del Ministerio de Salud, atiende gratuitamente y da protección integral a la persona, familia y comunidad de los riesgos de enfermar y morir de tuberculosis. Su misiones desarrollar políticas y estrategias nacionales para el pleno acceso a la detección, diagnóstico, tratamiento de calidad y control de pacientes con tuberculosis, a través de la estrategia de supervisión directa (TAES) consolidada y fortalecida, para disminución de la carga y transmisión de la enfermedad. (p. 36)

Tiene como función elaborar las normas y procedimientos jurídicos y técnicos para la atención integral de pacientes con tuberculosis en los distintos niveles de complejidad del Sistema Nacional de Salud. Revisar, actualizar y validar permanentemente, en base a las evidencias científicas, las normas y procedimientos jurídicos y técnicos para la atención integral de pacientes con tuberculosis. (p. 36)

Supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas de atención integral de pacientes con tuberculosis. Así mismo diseñar y actualizar los protocolos de evaluación del cumplimiento de las normas de atención integral de pacientes con tuberculosis. Establecer y actualizar el Sistema de Referencia y Contra

referencia (SURCO) según niveles de atención, complejidad y capacidad resolutive de los servicios de salud, en el área de responsabilidad y promover, planificar, organizar y ejecutar actividades de capacitación para el equipo de salud, basado en los avances científicos técnicos del área de competencia, para garantizar la calidad de atención integral de pacientes con tuberculosis. (p. 36)

- **Tuberculosis multirresistente (MDR TB)**

La tuberculosis multirresistente (MDR TB, por sus siglas en inglés) es causada por un organismo resistente a por lo menos dos medicamentos, la isoniazida y la rifampina, que son los más poderosos para el tratamiento de esa enfermedad. Estos medicamentos se usan para tratar a todas las personas enfermas de tuberculosis. La tuberculosis sensible a los medicamentos y la tuberculosis MDR se transmiten de la misma manera. (Rehm, 1977)

Cuando una persona enferma de tuberculosis pulmonar o de la garganta tose, estornuda, habla o canta, los microbios de la tuberculosis se liberan en el aire y pueden permanecer ahí durante varias horas, dependiendo del ambiente. Las personas que respiran el aire que contiene los microbios de la tuberculosis pueden infectarse. En algunos países, el tratamiento de la tuberculosis multirresistente (TB-MR) se está volviendo cada vez más difícil. Las opciones terapéuticas son limitadas y caras, los medicamentos recomendados no siempre están disponibles, y los pacientes sufren muchos efectos secundarios. En algunos casos puede desarrollarse una forma todavía más resistente de tuberculosis, la llamada tuberculosis ultrarresistente (TB-XR), que responde a un número aún menor de fármacos disponibles. Se han notificado casos en 117 países del mundo. (Rehm, 1977)

## **CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Hipótesis General**

- Los niveles de depresión influye significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad.

### **3.2 Hipótesis Específicas**

- Los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de Salud José Leonardo Ortiz, son altos en el grupo de pacientes crónicos, a comparación de los pacientes recién diagnosticados.
- Los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis son determinantes en la cronicidad de la enfermedad.
- La depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento antituberculoso.

### **3.3 Variables**

#### **3.3.1. Definición Conceptual de las Variables**

##### **Variable dependiente:**

##### **Depresión**

Se define como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Alarcón; Mazzotti y Nicolini, 2005).

##### **Variable independiente:**

##### **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 por 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 activa 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 meses. (Revista isciiii (2012))

### 3.3.2. Operacionalización de las Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
Depresión	Cognitivo afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Fracaso</li> <li>- Pérdida del placer</li> <li>- Sentimientos de culpa</li> <li>- Sentimientos de castigo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disconformidad con uno mismo</li> <li>- Autocrítica</li> <li>- Pensamientos o deseos suicidas</li> <li>- Llanto</li> </ul>
	Somática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitación</li> <li>- Pérdida del interés</li> <li>- Indecisión</li> <li>- Desvalorización</li> <li>- Pérdida de energía</li> <li>- Cambios en los hábitos del sueño</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Cambios en el apetito</li> <li>- Dificultad de concentración</li> <li>- Cansancio o fatiga</li> <li>- Pérdida de interés en el sexo</li> </ul>	
Tuberculosis	Cronicidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multirresistente (MDR TB)</li> <li>- Extremadamente resistente (XDR TB)</li> </ul>	
	Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel económico</li> <li>- Grupos étnicos.</li> <li>- Mala alimentación</li> <li>- Hacinamiento mala iluminación y ventilación de las viviendas.</li> <li>- Aspectos psicológicos</li> <li>- Estados mórbidos asociados a inmunodepresión</li> </ul>	

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

El presente trabajo de investigación, se diseñara en un estudio descriptivo, de corte transversal en el tiempo, asimismo es de tipo comparativo.

Se busca describir los niveles de depresión que afecta a los pacientes con diagnósticos de tuberculosis, y que vienen recibiendo el tratamiento respectivo, es el tipo comparativo, ya que se busca reconocer en qué medida la variable niveles de depresión se relacionan con la variable tuberculosis en los pacientes motivo de estudio.

### **4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia**

#### **4.2.1 Población**

La población sujeto de estudio, estuvo constituida por 52 pacientes de 15 a 65 años de edad con diagnóstico de tuberculosis, en cualquiera de sus formas y que recibieron el tratamiento correspondiente en el centro de salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo, 2015.

## **4.2.2 Muestra**

### **Tipo de Muestra**

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

### **Descripción de la Muestra**

La muestra quedó conformada por 52 sujetos de ambos sexos, diagnosticados con tuberculosis.

### 4.2.3 Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA GENERAL Y ESPECÍFICOS	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL/ESPECIFICAS
“INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO - 2015”	<i>Problema General</i>	<i>Objetivo General</i>	<i>Hipótesis General</i>
	¿En qué medida influye la depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso en el centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo - 2015?	Determinar la influencia de los niveles de depresión en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso en el centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2015.	Los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad.
	<i>Problemas Específicos</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Hipótesis Específicas</i>
	¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis del centro de salud José Leonardo Ortiz?	- Medir a través del test de Beck los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis en los diferentes grupos.	- Los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud José Leonardo Ortiz, son altos en el grupo de pacientes crónicos a comparación de los pacientes recién diagnosticados.
	¿Cuál es la relación entre la cronicidad de la enfermedad con los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis? ¿Cómo afecta la depresión de acuerdo al periodo de tratamiento en la población sujeto de estudio?	- Comparar la cronicidad de la enfermedad con los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis. - Caracterizar la depresión de acuerdo al periodo de tratamiento en la población sujeto de estudio.	- Los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis son determinantes en la cronicidad de la enfermedad. - La depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento antituberculoso.



## **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **4.3.1 Tipos de Técnicas Observación Científica**

El investigador conoce el problema y el objeto de investigación, estudiando su curso natural, sin alteración de las condiciones naturales, es decir que la observación tiene un aspecto contemplativo.

La observación configura la base de conocimiento de toda ciencia y, a la vez, es el procedimiento empírico más generalizado de conocimiento. Mario Bunge reconoce en el proceso de observación cinco elementos:

- a) El objeto de la observación
- b) El sujeto u observador
- c) Las circunstancias o el ambiente que rodean la observación
- d) Los medios de observación
- e) El cuerpo de conocimientos de que forma parte la observación

### **4.3.2 Instrumento**

#### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

##### **Descripción**

El inventario de Depresión de Beck (BAI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a

su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada.

Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

### **4.3.3 Criterios de validez y confiabilidad de los**

#### **instrumentos Validez:**

Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez Predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido reciente, ente estudiado en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

- Sensibilidad del 100 %,
- Especificidad del 99 %,
- Valor predictivo positivo 0.72, y
- Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

#### **Fiabilidad:**

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

## **44 Técnicas del procesamiento de la información instrumentos de recolección de datos**

### **Procedimientos para la recolección de datos**

Se contactó y coordino con el director del centro de salud y con el personal ejecutan el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, respecto a la fecha y hora en que se procederla a entrevistar y evaluar desde el punto de vista psicológico a los enfermos que

vienen recibiendo tratamiento para la tuberculosis con los diferentes esquemas

### **Aplicación del inventario de depresión de Beck:**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: > 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa L. y cols en > 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: > 16 en pacientes diabéticos, > 21 en pacientes con dolor crónico).

A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es > 21 puntos.

## **4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

Después de la tabulación de los datos obtenidos, tanto con la aplicación del test de Beck como la ficha demográfica, se procedió al análisis estadísticos de los datos a través de la

estadística descriptiva, con las frecuencias absolutas y relativas, prueba de chi cuadrado para buscar las diferencias estadísticas entre los grupos nominales de depresión, asimismo determinar la relación entre el cuadro depresivo con los factores sociodemográfico más importante.

#### **4.6 Aspectos éticos contemplados**

Para garantizar que el proceso de la investigación cumpliera con los aspectos éticos, se elaboró un consentimiento informado, en el cual se tuvieron en cuenta los principios de autonomía, voluntariedad y confidencialidad. Aclarando así que, los datos recogidos serán de manera confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por lo que el paciente cuenta con total libertad de aceptar o no formar parte de esta investigación. (Anexo B)

## CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos

*Tabla 1 Nivel de Depresión relacionado con Tratamiento antituberculoso.*

Resultado Test Nivel de Depresión	Diagnóstico y Tratamiento antituberculoso				Total	
	TBC		TBC-MDR			
	Normal	26	68%	0	0%	26
Leve	8	21%	7	50%	15	29%
Moderado	1	3%	5	36%	6	11%
Grave	3	8%	2	14%	5	10%
Total	38	100%	14	100%	52	100%

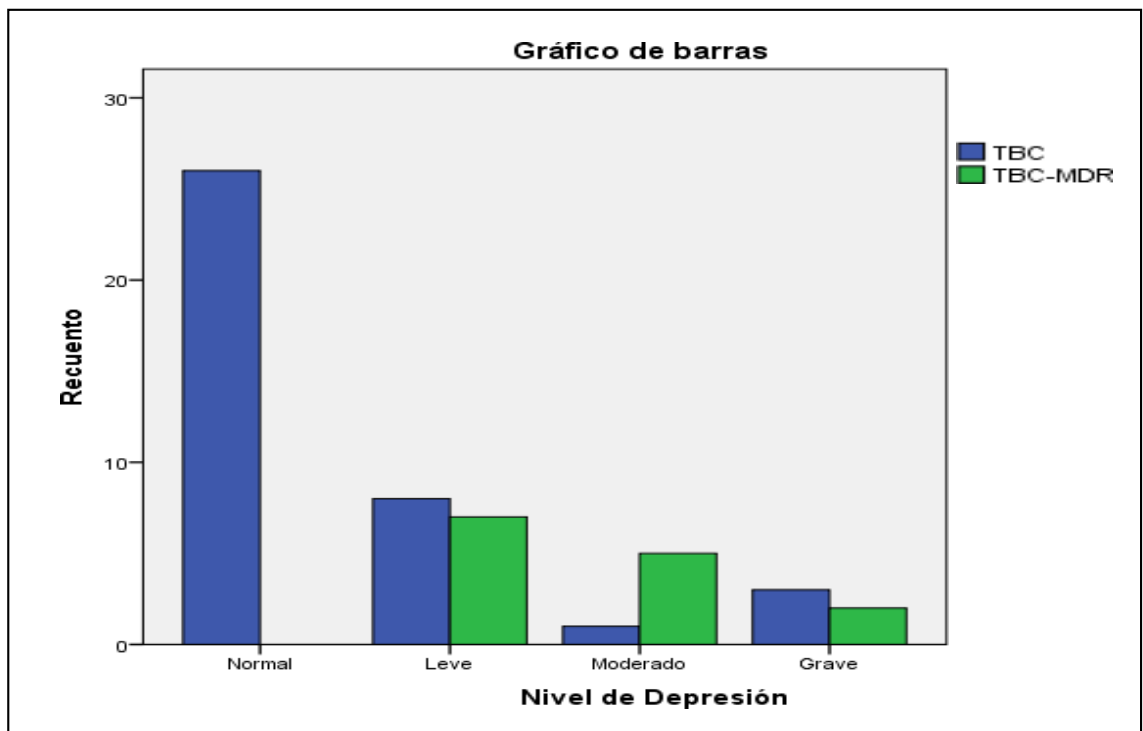


Figura 1. Nivel de Depresión relacionado con Tratamiento antituberculoso.

En la tabla 1, podemos observar que de los 52 pacientes analizados el 15 (29%) presenta un nivel de depresión leve, 6 (11%) su nivel de depresión es moderado y 5 (10%) de los pacientes se encuentran ubicados en el nivel de depresión grave. De los 38 (100%) pacientes diagnosticados como TBC, 26 (68%) presentan un nivel de depresión normal; 8(21%), 1(3%), 3(8%), presentan nivel leve, moderado y grave respectivamente. 14 (100%) con diagnostico TBC-MDR de los cuales 7(50%) presenta un nivel de depresión leve, 5(36%) depresión moderada y 2(14%) su nivel de depresión es severo.

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,690 <sup>a</sup>	3	,000047
Razón de verosimilitud	27,715	3	,000000
Asociación lineal por lineal	13,609	1	,000000
N de casos válidos	52		

Chi cuadrado es una prueba estadística que nos permite reconocer la asociación entre las variables analizadas, por lo que concluimos que si se halla relación significativa al asumir que los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad ( $p < 0.05$ ).



Tabla 2 Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis

NIVELES DE DEPRESION	FRECUENCIA	%
NORMAL	26	50
LEVE	15	29
MODERADO	6	11
GRAVE	5	10
Total	52	100

Fuente: Ficha sociodemográfica y Test de Beck

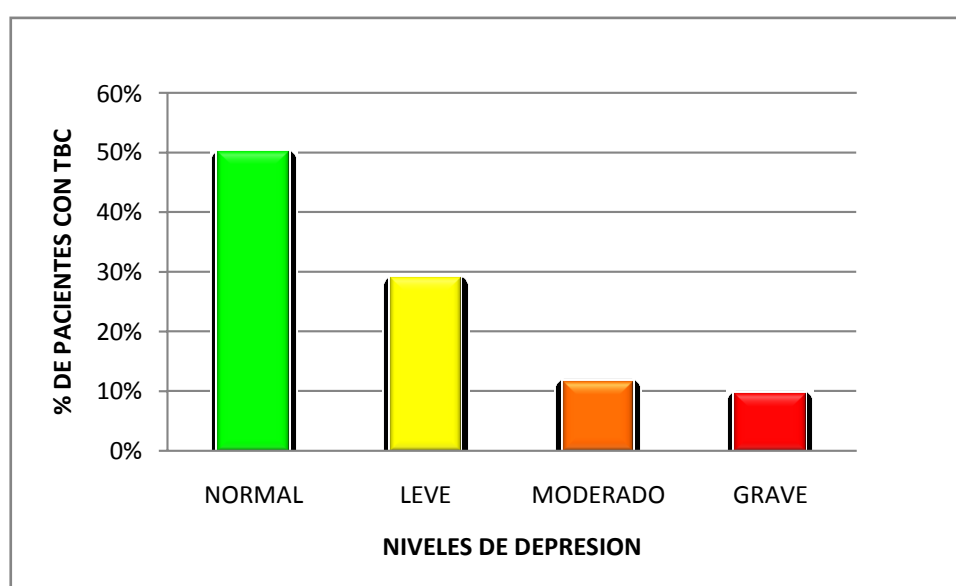


Figura 2. Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis

En la tabla 2, podemos observar que un 50% de los pacientes con tuberculosis no muestran signos de depresión; mientras que un 29% tiene una depresión leve. Por otro lado tenemos un 11% y 10% de pacientes que tienen una depresión moderada y grave respectivamente. Por tanto podemos inferir que un 50% de los pacientes con tuberculosis padece de depresión en sus diversos niveles.

Tabla 3 Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según esquema de tratamiento

NIVELES DEPRESION	ESQUEMA DE TRATAMIENTO								Total	
	ESQUEMA I		ESQUEMA II		ESQUEMA III		ESQUEMA DE RETRAT. ESTANDARIZADO			
NORMAL	11	52%	13	87%	2	100%	0	0%	26	50%
LEVE	7	33%	1	7%	0	0%	7	50%	15	29%
MODERADO	1	5%	0	0%	0	0%	5	36%	6	12%
GRAVE	2	10%	1	7%	0	0%	2	14%	5	10%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>

Fuente: Ficha sociodemográfica y Test de Beck

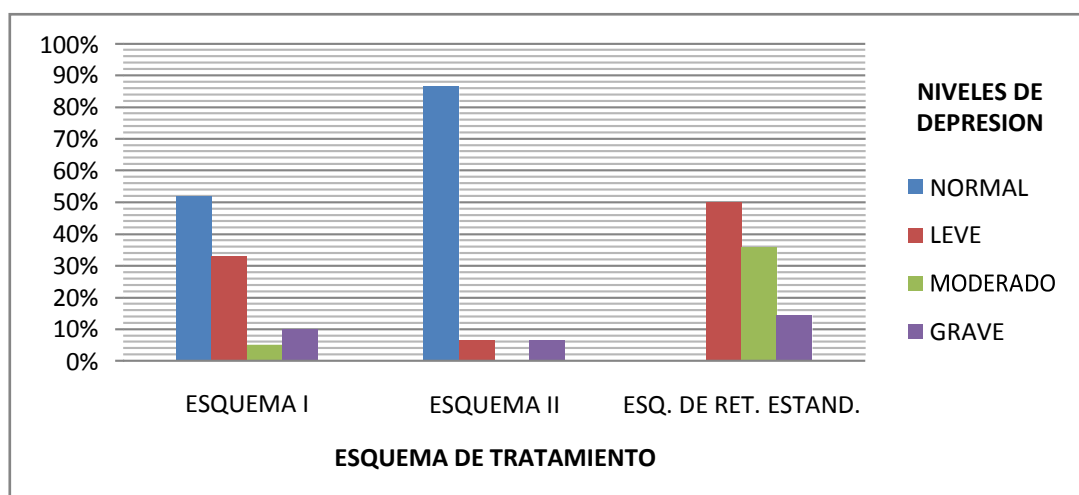


Figura 3. Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según esquema de tratamiento

En la tabla 3, podemos observar que el 87% de los pacientes con esquema de tratamiento II no presentan rasgos de depresión. Un 50% de los pacientes que están en el esquema de retratamiento estandarizado tiene depresión leve, el 36% depresión moderada y el 14% depresión grave. El 52% y 100% de pacientes que se encuentran en el esquema I y III respectivamente, no muestran signos de depresión. Por lo tanto tenemos que el esquema de retratamiento estandarizado sus niveles de depresión es más elevado.

*Tabla 4 Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según la cronicidad*

NIVELES DEPRESION	CRONICIDAD				Total	
	TBC		TBC MDR			
NORMAL	26	68%	0	0%	26	50%
LEVE	8	21%	7	50%	15	29%
MODERADO	1	3%	5	36%	6	11%
GRAVE	3	8%	2	14%	5	10%
Total	38	100%	14	100%	52	100%

Fuente: Ficha sociodemográfica y Test de Beck

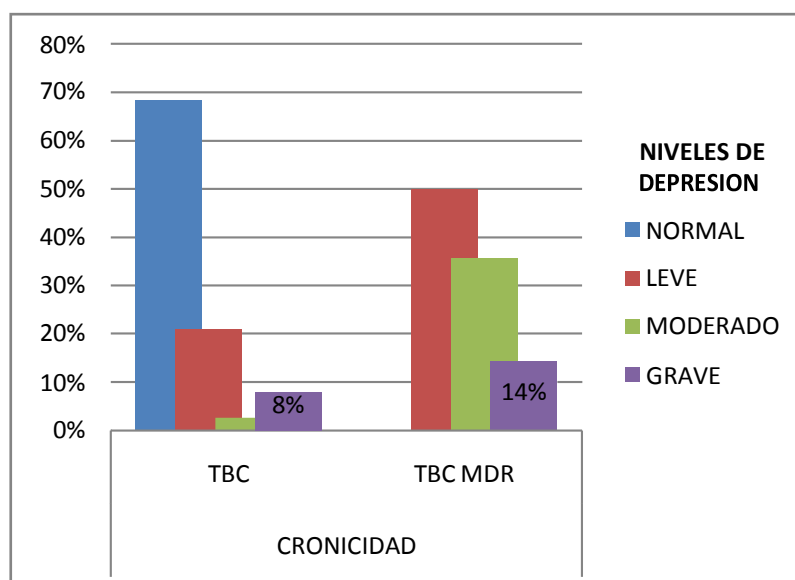


Figura 4. Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según la cronicidad

En la tabla 4, podemos observar que el 68% de los pacientes con TBC no muestran signos de depresión y un 21% muestra depresión leve; mientras que los pacientes TBC MDR el 50%, 36% y 14% presentan depresión leve, moderada y grave respectivamente. Por lo cual podemos inferir que a mayor cronicidad más alto el nivel de depresión.

## 5.2 Contrastación de hipótesis

- 5.2.1 **Se acepta la H<sub>G</sub>.** conociendo los resultados del análisis inferencial a través de la prueba chi-cuadrados, la cual arrojo que los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad ( $p < 0.05$ ).
- 5.2.2 **Se acepta la H<sub>1</sub>.** Al conocer los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Beck; el cual nos indica que los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud José Leonardo Ortiz, son altos en el grupo de pacientes crónicos a comparación de los pacientes recién diagnosticados. ( $p < 0.05$ ).
- 5.2.3 **Se acepta la H<sub>2</sub>.** Al analizar los datos obtenidos durante la investigación donde nos arroja que los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis son determinantes en la cronicidad de la enfermedad. ( $p < 0.05$ ).
- 5.2.4 **Se acepta la H<sub>3</sub>.** Al corroborar mediante los estudios estadísticos que la depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento. ( $p < 0.05$ ).

## 5.3 Discusión de los resultados

En este apartado se analizan teóricamente los resultados obtenidos y se realiza un análisis comparativo de los hallazgos reportados por otras investigaciones.

En la hipótesis general de la investigación, al conocer los resultados del análisis inferencial a través de la prueba chi-cuadrados, la cual arrojo que los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad ( $p < 0.05$ ).

En cuanto al análisis descriptivo podemos observar que de los 52 pacientes analizados el

15 (29%) presenta un nivel de depresión leve, 6 (11%) su nivel de depresión es moderado y 5 (10%) de los pacientes se encuentran ubicados en el nivel de depresión grave. De los 38 (100%) pacientes diagnosticados como TBC, 26(68%) presentan un nivel de depresión normal; 8(21%), 1(3%), 3(8%), presentan nivel leve, moderado y grave respectivamente. 14 (100%) con diagnostico TBC-MDR de los cuales 7(50%) presenta un nivel de depresión leve, 5(36%) depresión moderada y 2(14%) su nivel de depresión es severo.

En cuanto a la primera hipótesis de investigación, al conocer los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Beck; el cual nos indica que los niveles de depresión influyen directamente en los pacientes con tuberculosis del centro de salud José Leonardo Ortiz, según la cronicidad. Son altos en los pacientes TBC MDR (crónicos) el 50%, 36% y 14% presentan depresión leve, moderada y grave respectivamente; mientras que el 68% de los pacientes con TBC no muestran signos de depresión. Lo cual significa según Oblitas (2006) que existe una variación emocional a lo largo de las fases de una enfermedad crónica, existiendo efectos significativos del tipo de enfermedad y el tratamiento en el que se encuentre el paciente.

En cuanto a la segunda hipótesis de investigación, los resultados antes mencionados confirman que los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis son determinantes en la cronicidad. Iwashita (1998) quien encontró un mayor porcentaje de depresión intensa en retratamiento y recaídas (MR), con depresión moderada y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis.

En cuanto a la tercera hipótesis de investigación, los resultados confirman que la depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento, teniendo que el 87% de los pacientes con esquema de tratamiento II no presentas rasgos de depresión.

Un 50% de los pacientes que están en el esquema de retratamiento estandarizado tiene depresión leve, el 36% depresión moderada y el 14% depresión grave. El 52% y 100% de pacientes que se encuentran en el esquema I y III respectivamente, no muestran signos de depresión.

Por lo tanto tenemos que el esquema de retratamiento estandarizado los niveles de depresión es más elevado. Riquero (2012) Al comparar los niveles de depresión según los tipos de tratamiento, los resultados muestran que los pacientes que se encuentran recibiendo el tipo de tratamiento Esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; mientras que los pacientes que se encuentran recibiendo el tipo de tratamiento multiresistente, presentan altos niveles de depresión moderada a severa; lo que indica que las personas que reciben tratamiento multiresistente alcanzan niveles más altos de la depresión a diferencia de los que reciben tratamiento esquema I. Estos estudios coinciden con los de Miranda (2002), en donde se halló que los pacientes que reciben el esquema de tratamiento para tuberculosis multidrogorresistente alcanzan cuadros depresivos más severos, seguido del grupo de pacientes que reciben el esquema I.

## 5.4 Conclusiones

Según los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que:

- ✓ Existe relación significativa al asumir que los niveles de depresión influyen significativamente en pacientes con diagnóstico y tratamiento antituberculoso que acuden al centro de salud José Leonardo Ortiz; según la cronicidad ( $p < 0.05$ ). Ya que de los 52 pacientes analizados el 15 (29%) presenta un nivel de depresión leve, 6 (11%) su nivel de depresión es moderado y 5 (10%) de los pacientes se encuentran ubicados en el nivel de depresión grave. De los 38 (100%) pacientes diagnosticados como TBC, 26(68%) presentan un nivel de depresión normal; 8(21%), 1(3%), 3(8%), presentan nivel leve, moderado y grave respectivamente. 14 (100%) con diagnóstico TBC-MDR de los cuales 7(50%) presenta un nivel de depresión leve, 5(36%) depresión moderada y 2(14%) su nivel de depresión es severo.
- ✓ Los pacientes del centro de salud José Leonardo Ortiz sufren de depresión en sus diferentes niveles. A mayor cronicidad mayor los niveles de depresión ya que tenemos 68% de los pacientes con TBC no muestran signos de depresión y un 21% muestra depresión leve; mientras que los pacientes TBC MDR el 50%, 36% y 14% presentan depresión leve, moderada y grave respectivamente.
- ✓ La cronicidad y los niveles de depresión se relacionan directamente, al conocer los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Beck; el cual nos indica que los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis del centro de salud José Leonardo Ortiz, son altos en los pacientes TBC MDR (crónicos) el 50%, 36% y 14% presentan depresión leve, moderada y grave respectivamente; mientras que el 68% de los pacientes con TBC no muestran signos de depresión

- ✓ La depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento, teniendo que el 87% de los pacientes con esquema de tratamiento II no presentas rasgos de depresión. Un 50% de los pacientes que están en el esquema de retratamiento estandarizado tiene depresión leve, el 36% depresión moderada y el 14% depresión grave. El 52% y 100% de pacientes que se encuentran en el esquema I y III respectivamente, no muestran signos de depresión.

## **5.5 Recomendaciones**

- ✓ Se recomienda realizar futuras investigaciones en psicología clínica y de la salud referidas a los enfermos de tuberculosis, profundizando en temas de factores emocionales durante la enfermedad; para que así el personal asistencial este bien informado sobre la importancia de la salud mental en los pacientes con tratamiento antituberculoso.
- ✓ Elaborar un plan de trabajo en conjunto con las enfermeras encargadas del programa, donde se realicen charlas de prevención y psicoeducación acerca de la enfermedad, a los familiares y a los pacientes, previniendo la probable conversión de la tuberculosis a resistente, del abandono del paciente o el contagio en la familia, por si el paciente con TBC se deprime puede desencadenar en una TBC-MDR
- ✓ Brindar capacitaciones constantes al personal de salud, respecto a la detección de pacientes con síntomas de depresión, además de cómo mejorar la relación médico-paciente, logrando que se sienta en confianza y su recuperación anímica y física sea exitosa. Ya que tenemos una relación directa de que mayor cronicidad mayor los niveles de depresión en los pacientes del centro de salud José Leonardo Ortiz.



- ✓ Que el personal del centro de salud preste mayor atención al paciente enfermo con tuberculosis, ya que La depresión afecta gradualmente, conforme se den los periodos de tratamiento. Así mismo diseñar y ejecutar un programa de soporte social y afectivo con el paciente y la familia del mismo. Con el objetivo de que esta le brinde un soporte social efectivo, especialmente apoyo emocional.

## ANEXOS

### Anexo A. Instrumento De Medición "Test De Beck"

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada una 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 u 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 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

#### 1. Tristeza

- 0 No me siento Triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro.

#### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimiento de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

#### 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todo mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### 9. Pensamiento o Deseo Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento.

**12. Pérdida del Interés**

- 0 No me siento Triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

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

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucha más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor a lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor a lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés por el Sexo**

- 0 No se ha notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Anexo B.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación esta conducida por Patricia Pereyra Walter, identificada con DNI: 45464986, con domicilio en Los Jardines Mz C Lt 03 – Pradera- Chiclayo - Lambayeque, bachiller de Psicología de la Universidad Alas Peruanas, y cuenta con la autorización de la Universidad y el centro de salud José Leonardo Ortiz. Si usted accede a participar en este estudio, se le brindará una prueba, el cual mide los niveles de depresión, seguido de ello, se le pedirá leer atentamente y resolver preguntas de forma escrita e individualmente, de acuerdo a su preferencia o criterio personal. Esto tomará 15 minutos de su tiempo La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que crea conveniente en cualquier momento durante su participación en el mismo. Así como también, puede retirarse del procedimiento en cualquier momento sin que eso le perjudique de ninguna forma. Desde ya agradecemos su participación.

\_\_\_\_\_  
Firma de la evaluadora

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

identificado (a) con DNI \_\_\_\_\_ declaro que habiendo sido invitado a participar en la investigación y siendo informado de forma clara, precisa sobre mi participación confió en que:

La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Mis respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tengo alguna duda sobre el estudio, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto me perjudique. Así mismo puedo suspender mi colaboración en cualquier momento. No se me tratará en forma diferencial si decido no participar o detener mi colaboración.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para participar del estudio.

Chiclayo, \_\_\_\_\_, 2016

\_\_\_\_\_  
Firma del evaluado  
D.N.I:

\_\_\_\_\_  
Firma de la evaluadora

**Anexo C.**

## **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**1. DATOS GENERALES:**

Nombre: -----

Edad: ----- sexo: -----

Lugar de nacimiento: -----

Domicilio actual: ----- Tiempo que reside: -----

Grado de instrucción: ----- ocupación: -----

Estado civil: -----

**2. TIPO DE TUBERCULOSIS**

Pulmonar ( ) Pleural ( ) Renal ( ) Ganglionar ( ) OTRO ( ) Especificar: -----

**3. ESQUEMA DE TRATAMIENTO**

Esquema I ( ) Esquema II ( ) Esquema III ( ) Retratamiento estandarizado ( )

**4. MES DE TRATAMIENTO**

Mes 1 ( ) Mes 2 ( ) Mes 3 ( ) Mes 4 ( ) Mes 5 ( ) más de 6 meses ( )

**5. CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA**

Vivienda propia ( ) Alquilada ( ) otro ( ) -----

Nº Habitaciones ( ) Nº Dormitorios ( ) Nº de personas en la vivienda ( )

SERVICIOS Agua ( ) Luz ( ) Desagüe ( ) Teléfono ( )

Ingreso promedio mensual ----- Nº de personas dependientes ( )

## INDICE DE TABLAS

### **TABLA 1:**

*Nivel de Depresión relacionado con Tratamiento antituberculoso* 78

### **TABLA 2:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis* 81

### **TABLA 3:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según esquema de tratamiento* 82

### **TABLA 4:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según la cronicidad* 83

## **INDICE DE FIGURAS**

### **FIGURA 1:**

*Nivel de Depresión relacionado con Tratamiento antituberculoso* 79

### **FIGURA 2:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis* 81

### **FIGURA 3:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según esquema de tratamiento* 82

### **FIGURA 4:**

*Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según la cronicidad* 83

## REFERENCIAS

1. Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology.
2. Agencia peruana de noticias “ANDINA” (2010). *Depresión puede dificultar éxito en tratamiento de tuberculosis, advierten*. Rescatado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-depresion-puede-dificultar-exito-tratamiento-tuberculosis-advierten-171983.aspx>
3. Antonuccio, D.O., Ward, C.H. y Tearnan, B.H. (1989). *The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, CA: Sage.
4. Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (2012). *Tuberculosis. Epidemiología y situación mundial*. Rescatado de [http://www.amse.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22:tuberculosis-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50](http://www.amse.es/index.php?option=com_content&view=article&id=22:tuberculosis-epidemiologia-y-situacion-mundial&catid=42:inf-epidemiologica&Itemid=50)
5. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.



6. Castellano, R. y Soza, F. (2014). *Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos del Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo.
  
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014). *Conozca los signos y síntomas de la tuberculosis*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/SintomasTuberculosis>
  
8. Conacyt agencia informativa (2015). *Día mundial de la tuberculosis: diagnóstico precoz es clave para manejo del mal*. Rescatado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/1103-epidemiologia-de-la-tuberculosis-en-mexico>
  
9. Córdova, C. y Sirlopu, M. (2012). *Resiliencia y Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Estatal de Chiclayo*. Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Psicología. Universidad Señor de Sipan – Chiclayo.
  
10. Diario la nación (2015). *Día mundial de la tuberculosis: diagnóstico precoz es clave para manejo del mal*. Rescatado de <http://www.lanacion.cl/noticias/vida-y-estilo/salud/dia-mundial-de-la-tuberculosis-diagnostico-precoz-es-clave-para-manejo-del-mal/2015-03-24/121420.html>

11. Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobes (dirs.). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1 . Madrid.
  
12. Gudiel, L. M. R. (2011). *La Tuberculosis en Guatemala: un problema invisible de salud pública*. Tesis Doctoral. Universidad Panamericana, Guatemala, Guatemala.
  
13. Jaque, R. E. (2013). *Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre - noviembre del 2011*. Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Reumatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
  
14. Ladino, G.L.E. (2011). *Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa*. Tesis presentada como requisito parcial para obtener el título de: Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Medicina, Colombia, Bogotá, D.C
  
15. Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar*. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1. Madrid.
  
16. García, S. (2015). *Tuberculosis*. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/tuberculosis/prevencion-de-la-tuberculosis-719>

17. Miranda, A. (2002). *Niveles de depresión en pacientes ambulatorios con tuberculosis pulmonar del Hospital Unanue*. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima
  
18. Ministerio de Salud del Perú (2015). *Tuberculosis*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc\\_preguntas.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc_preguntas.asp)
  
19. Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
  
20. Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida (2a Ed)*. México: Thomson
  
21. Organización Mundial de la Salud Ginebra (1992). *CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
  
22. Organización mundial de la salud/Centro de prensa (2012). *La depresión: nota descriptiva N° 369*. Rescatado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
  
23. Organización mundial de la salud/Centro de prensa (2015). *La depresión: nota descriptiva N° 104*. Rescatado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

24. Organización mundial de la salud/Programas y proyectos (2015). *Día Mundial de la Tuberculosis - 24 de marzo de 2015*. Rescatado de <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2015/event/es/>
25. Palacios, M. (2015). *La tuberculosis en el Perú: un gravísimo problema de salud pública*. Rescatado de <http://www.cmp.org.pe/inicio/56-ultimas/1762-la-tuberculosis-en-el-peru-un-gravisimo-problema-de-salud-publica.html>
26. Pérez, R. y Miranda, A. (2011). “Relación entre Nivel de Conocimiento sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento - Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”. Informe de tesis Para obtener el Título Profesional de licenciado en enfermería. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto - Perú
27. Post, R.M. (1992). *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*. American Journal of Psychiatry.
28. Rehm, L.P. (1977). *A self-control model of depression*. Behavior Therapy. Nueva York, Wiley.
29. Rehm, L.P. (1990). *Cognitive and behavioral theories*. En B.B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods*. Nueva York, Wiley.

30. Revista isciiii (2012). *Situación de la tuberculosis en España*. Rescatado de <http://revista.isciiii.es/bes/article/view/693/732>
31. Riquero, P. (2012). *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012*. Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo.
32. Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
33. Stravynski, A. y Greenberg, D. (1992). *The psychological management of depression*. Acta Psychiatrica Scandnavia.
34. solache, G. (2015). *Epidemiología de la tuberculosis en México*. Rescatado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/1103-epidemiologia-de-la-tuberculosisenmexico>
35. Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. y Muñoz, R.F. (1979). *Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.