



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR DEL CENTRO  
DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ,  
CHICLAYO, ENERO - JULIO 2015”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**Autor**

**Bach. YACTAYO GONZALES LUIS ENRIQUE**

**Pimentel, Diciembre del 2015**

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS PULMONAR DEL CENTRO DE  
SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO,  
ENERO - JULIO 2015”**

**Aprobación de la tesis**

---

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen  
**Asesora Metodóloga**

---

Mg. Larraín Távora Giovanna  
**Asesora Especialista**

---

Dra. Barreto Espinoza Luz Antonia  
**Presidenta de Jurado**

---

Mg. Rojas Romero Carmen Rosa  
**Secretaria de Jurado**

---

Mg. Neciosup Puican Elizabeth Victoria  
**Vocal de jurado**

## **DEDICATORIA**

Dedico la presente tesis a Dios por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría que todo es posible.

A mis padres quien me ha apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ya que ellos siempre están presentes para apoyarme moral y psicológicamente.

A mis hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil; a ellos que siempre tienen una palabra de aliento en los momentos difíciles y que ha sido incentivo de mi vida.

A mi asesora de tesis por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios quien me dio la vida, me ha guiado, me ha dado la fortaleza y ha llenado de bendición en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria y seguir adelante.

A mis padres por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes he llegado a donde estoy ahora.

A mis hermanos quienes han sido nuestros amigos fieles y sinceros, en los que hemos podido confiar y apoyarnos para seguir adelante.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron a crecer como ser humano y como profesional.

También agradezco de manera especial a mi docente y asesora de tesis quién con sus conocimientos y apoyo me guio en el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

## RESUMEN

La persona que padece tuberculosis suele padecer de alteraciones en su vida cotidiana familiar, laboral, social, educativa, psicológica que generan sentimientos de vergüenza, inseguridad, cambios de estado de ánimo entre otros. El presente estudio tiene como objetivo Determinar el nivel de Depresión en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015". En la que permite al profesional de enfermería prever acciones para el cuidado humano en todas las dimensiones especialmente la psicológica. Es de carácter cuantitativo de tipo descriptivo, con una muestra censal de 20 personas con tuberculosis pulmonar, se aplicó como instrumento el test de Zung, validado por juicio de expertos y por confiabilidad estadística mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación entre ítems. Se obtuvo los siguientes resultados: el nivel de depresión es intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15% y normal 10%. Con un mayor porcentaje según el sexo masculino con 30%, grupo etareo de 18-29 con un 40%, de nivel secundaria con un 65%, y de estado civil soltero con un 50%. Por lo que se concluye que existen altos niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar. Por lo que se recomienda realizar una intervención oportuna para incluir acciones preventivas y de promoción dirigidas a dar apoyo psicológico para los familiares y los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

**Palabra clave:** Depresión, pacientes, tuberculosis

## SUMMARY

The person who suffers from tuberculosis frequently suffers from some alterations in his daily, work, social, educative, and psychological life, which generate, among others, feelings of shame, insecurity, and change of mood. The aim of this study is to determine the level of depression in patients with pulmonary tuberculosis of the Health Center José Leonardo Ortiz, Chiclayo, January – July 2015. This study also helps the nursing professionals to know some actions to the human care in all dimensions, particularly, psychological dimension. This research is quantitative descriptive, and has a census sample of 20 people with pulmonary tuberculosis. It has applied The Zung test which has also been validated by expert opinions and reliability rate according to Cronbach's alpha coefficient and correlation coefficient between items. It has obtained the following results: the level of depression is intense by 50%, moderate 25%, slight 15%, and normal 10%. With a higher percentage by gender, male by 30%, age group from 18 to 29 by 40%, high school level by 65%, and single people by 50%. From the above it is concluded that patients with pulmonary tuberculosis suffer from high levels of depression. It is therefore recommended to do a timely intervention to include preventive measures in order to give psychological support to the relatives and patients and people diagnosed with tuberculosis.

**Key words:** Depression, patients, tuberculosis

## INTRODUCCIÓN

vi

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a más de la tercera parte de la población del mundo, de acuerdo con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud se considera que en la última década del siglo XX quitó la vida a alrededor de 30 millones de personas en los países en vías de desarrollo.<sup>1</sup> Es tradicionalmente considerada como una enfermedad de la pobreza y muchos aspectos de bajo nivel socioeconómico, por ejemplo el hacinamiento y la desnutrición, son aceptados como factores de riesgo individual y del hogar para la enfermedad.<sup>2</sup> Históricamente es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate.

Una de las características del prejuicio es que su componente cognoscitivo (estereotipo) está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado con elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos. Este prejuicio afecta a una de las necesidades fundamentales de los humanos, la aceptación social, necesidad que para intentar satisfacerla motiva diferentes comportamientos que dependerán de las características de la personalidad de cada individuo y del contexto en que se desenvuelve, incluida en este último la familia.

En toda familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros experimentan alarma, puesto

que la enfermedad amenaza la integridad familiar, sumándose el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, determinando actitudes hostiles y tipos de conducta que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia.

El comportamiento familiar predominante ante la enfermedad, descrito por De la Cruz, fue de apoyo afectivo y material en forma de suministro de alimentos. Apoyo similar también fue frecuente entre vecinos y amigos cuando estos conocían de la enfermedad. Pero también se observó negación consciente de la enfermedad, rechazo manifiesto de vecinos, autoaislamiento y segregación por parte de los familiares dentro del hogar; incluidos utensilios como cubiertos, aún después de estar muy avanzado el tratamiento y tener esputos negativos.<sup>3</sup>

La tuberculosis (TBC) sigue siendo una de las enfermedades transmisibles más mortales. Se calcula que en 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas y que 1,5 millones, de los cuales 360 000 eran VIH-positivos, fallecieron por esta causa. La Tuberculosis va decayendo lentamente de año en año y se calcula que entre 2000 y 2013 se salvaron 37 millones de vidas gracias a diagnósticos y tratamientos eficaces. Sin embargo, dado que la mayoría de las muertes por Tuberculosis son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta y hay que acelerar la lucha contra ella si se quieren alcanzar las metas mundiales para 2015, fijadas en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).<sup>1</sup>

La presente investigación se tituló: “ El Nivel de Depresión en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero-

Julio 2015".Tuvo como objetivo general determinar el nivel de depresión en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015.El presente estudio fue estructurado, en capítulo I: Problema de investigación, en donde se describió la situación problemática, formulación del problema, delimitación de la investigación, justificación e importancia de la investigación, limitaciones de la investigación, y los objetivos de la investigación planteados para el presente estudio

En el capítulo II: Marco teórico, donde se encontró los antecedentes de estudios, estado de arte, base teórica científicas y la definición de la terminología empleada en el presente estudio (marco conceptual).

En el capítulo III: Marco Metodológico, se describió el tipo y diseño de a la investigación, población y muestra, hipótesis, Operacionalización, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para la recolección de datos, análisis estadístico e interpretación de los datos, criterios éticos y criterios de rigor científico.

En el capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados en donde se desarrolló los resultados en tablas y gráficos y la discusión de los resultados.

En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, donde se describió las conclusiones y las recomendaciones del presente estudio. Además de la bibliografía y los anexos, donde se encuentra el instrumento del estudio aplicado en el desarrollo de la investigación.

## RESUMEN

## AGRADECIMIENTO

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	11
1.2. Formulación del Problema: .....	14
1.3. Delimitación de la investigación: .....	14
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación:.....	14
1.5. Limitaciones de la Investigación:.....	16
1.6. Objetivos:.....	16
Objetivos Específicos: .....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	16
2.2. Base teórica científicas .....	22
2.3. Definición de la terminología.....	22
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	61
3.2. Población y Muestra.....	61
Criterios de exclusión: .....	62
3.3. Hipótesis.....	62
3.4. Operacionalización: .....	62
3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
3.6. Procedimiento para la recolección de datos.....	67
3.7. Análisis Estadístico e Interpretación de los datos.....	68
3.8. Principios éticos.....	68
3.9. Criterios de rigor científico .....	69
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	72
4.1. Resultados de tablas y gráficos:.....	72
4.2. Discusion de los resultados .....	81
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	89
5.2. RECOMENDACIONES: .....	90
A LOS PROFESIONALES:.....	91
Referencia Bibliográfica.....	92
Anexo 02 .....	99

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Situación Problemática**

En los últimos años la depresión 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 en el 2009 por el Colegio de Psicólogos, 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 intentar 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 el distrito de José Leonardo Ortiz, 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, llegando a aplicársele un tratamiento de 18 a 24 meses, el cual consta no solo de pastillas con fuertes dosis, sino inyectables que deben recibir todos los días por un periodo de tres meses.<sup>4</sup>

Durante la práctica pre-profesional los pacientes con tuberculosis manifiestan el rechazo social tanto de sus familiares, amigos y de las personas, sumado a esto refieren que tienen que dejar de trabajar, generando preocupación por su situación económica, estaría afectando severamente su nivel emocional lo cual nos lleva a la interrogante sobre los niveles de depresión.

**1.2. Formulación del Problema:**

¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - julio 2015”?

**1.3. Delimitación de la investigación:**

Este estudio se realizó a los pacientes que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz, en la Estrategia de Tuberculosis, para determinar el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - julio 2015

**1.4. Justificación e Importancia de la Investigación:**

La tuberculosis en el Perú, es considerada un problema de salud pública, el estado realiza esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir del grupo de los países endémicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y causa importante de muerte. Como es de conocimiento, a la enfermedad física se asocian trastornos psicológicos, siendo la depresión el más frecuente, solo en los establecimientos de primer nivel de atención.

La situación del enfermo se torna más crítica debido a que no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa y manifestaciones de síntomas depresivos, sino que también como consecuencia de los

grandes problemas socioeconómicos que vive el país, el entorno del soporte social son escasa durante el tiempo que recibe el tratamiento antituberculoso lo que finalmente repercute en forma negativa en la recuperación de la salud.

Por lo tanto si las variables psicológicas y sociales fueran evaluadas y detectadas precozmente. Serviría como predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento, previniéndose también que miembros de la familia cercanos al paciente corran el riesgo de ser contagiados, y en segundo lugar se le brindara atención psicológica y social para disminuir el riesgo de que se intensifique los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física.

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

En el enfoque práctico, la información generada contribuirá a establecer estrategias de detección e intervención precoz, de acuerdo a los niveles de depresión que afectan a los enfermos con tuberculosis y en los aspecto de soporte social y de 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

**1.5. Limitaciones de la Investigación:**

Hubo limitaciones en relación a la población a encuestar, tenía temor hacia las preguntas sin embargo se logró superar a través de una información oportuna y completa

**1.6. Objetivos:**

**Objetivo General:**

¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - julio 2015”?

**Objetivos Específicos:**

Identificar las características sociodemográficas: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015.

Relacionar el nivel de depresión y las características sociodemográficas en pacientes con Tuberculosis Pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes de Estudios

En el ámbito internacional

Se reportaron las siguientes investigaciones relacionadas con el estudio

Un estudio analítico transversal realizado por Pollyanna da Fonseca Silva y col. por el periodo de 2001 a 2010; en el cual el objetivo de investigación fue analizar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento para tuberculosis pulmonar en Maranhão, Brasil, en el cual se concluye que:

*“La enfermedad mental se encuentra asociado con el abandono en el tratamiento antituberculosis”<sup>6</sup>*

Un estudio casos y controles realizado por Simone Teresinha Campani y col en Brasil el año 2011 cuyo objetivo fue determinar los factores predictores de abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar, incluido la depresión, en la ciudad de Porto Alegre, se concluye que:

*“Los efectos adversos medicamentosos no se relaciona con el abandono del tratamiento, teniendo un resultado estadísticamente no significativo, se encuentra similar porcentajes en ambos grupos de estudios.”*

Nacional:

Valencia, A. (2011) Realizó un estudio sobre “niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la red de servicios de salud N° 5 Arequipa Sur”. Teniendo como objetivo: correlacionar la tuberculosis y las manifestaciones depresivas en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso. La muestra investigada estuvo constituida por 90 personas, el tipo de investigación es cuantitativo descriptivo. Una de las conclusiones más destacada fue: “los niveles de depresión leve, moderada, severa y muy severa que afectan a los pacientes con tuberculosis alcanza un alto índice, es decir 3 tercios de la población estudiada”.

Espinosa, C. (2011) llevo a cabo la investigación titulada: “caracterización de la depresión en pacientes con tuberculosis. Puesto de salud San Carlos Surco”. Teniendo como objetivo: conocer la caracterización y el grado de la depresión en los pacientes del programa de control de tuberculosis y entender mejor e integralmente a los pacientes tuvieron algún grado de depresión; se encontró que tanto en los pacientes como en los antes tratados, el 24% estuvo en el grado de moderado severo de depresión y el 76% en mínimo y leve; y las principales manifestaciones de la depresión en los pacientes nuevos son irritabilidad (76%), insomnio (66%) y

preocupación psicosomática (66%) y en los pacientes antes tratados son preocupación psicosomática (85%), irritabilidad (71%) y retardo laboral (71%)

Valencia (2003), evaluó a 90 pacientes, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 44 años, del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en los establecimientos de Salud que conforman la Red Nº 05 Arequipa Sur, durante el año 2002, con el objetivo de determinar la relación existente entre tuberculosis y depresión; donde se encontró que la mayoría de afectados son mayormente los varones, los pacientes que reciben el esquema de tratamiento para tuberculosis multidrogoresistente alcanzan cuadros depresivos más severos (60%), seguido del grupo de pacientes que reciben el esquema I (39.14%). A mayor tiempo de duración del tratamiento los niveles de depresión tienen mayor intensidad, es así que los que reciben la terapia por más de seis meses lo están en el 60%, llegando a la conclusión que existe relación directa entre la Tuberculosis y la depresión.

Matos (1985), estudió a 200 enfermos con tuberculosis pulmonar ambulatorios del Hospital Hipólito Únane, habiendo encontrado respuestas depresivas en ellos; obteniendo como resultados, que el 55% corresponden al sexo masculino, presentando niveles de

depresión leve a intensa, y el 45% respecto al sexo femenino, mostrando niveles de depresión leve. Así mismo, concluyó que la tuberculosis se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, siendo considerada como la segunda causa de muerte, con edades de 15 a 44 años, esto sumado a la condición de abandono al tratamiento, manifiesta la aparición de resistencias secundarias a las drogas usadas en los programas de salud, adquiriendo entonces gravedad en poblaciones de escasos recursos económicos.

Torres (1995), investigó a 100 pacientes con tuberculosis; 50 varones y 50 mujeres hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a quienes evaluó utilizando el DSM IV, y encontró que el 56% tenían ansiedad, y el 41% depresión, siendo la mayor incidencia de depresión en el grupo de los varones, y la ansiedad para las mujeres; se llegó a concluir que la ansiedad y la depresión son muy significativas en la tuberculosis.

Iwashita (1998), halló “niveles de significancia” entre las variables psicológicas de autoconcepto, interacción familiar y depresión, en un estudio en la Subregión de Salud Norte con 200 varones y 100 mujeres con tuberculosis, en las categorías de: nuevos en tratamiento, recaída, abandono, para determinar la influencia de las

variables psicosociales en el enfermo con tuberculosis; encontrándose en la variable depresión el mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis pulmonar, los cuales presentan depresión moderada 44.7% seguida de intensa a severa 28.7% y leves 26.7%. En relación a niveles de depresión y categoría de pacientes, el mayor porcentaje se encontró en retratamiento y recaídas con 9 Niveles de depresión moderada; y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis.<sup>6</sup>

#### Nacional

Riquero Paz, Paola; MINSA Chiclayo, 2012: La presente investigación tuvo como objetivo, comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los tipos de tratamientos de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012, el diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. El grupo de trabajo fue conformado por 120 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. Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; a diferencia

de los que reciben el tipo de tratamiento multiresistente, quienes demuestran altos niveles de depresión moderada a severa.

## **2.2. Base teórica científicas**

JEAN WATSON “TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO”.

En esta teoría enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.<sup>7</sup>

## **2.3. Definición de la terminología**

Tuberculosis

Finalidad: Disminuir en forma progresiva y sostenida la incidencia de tuberculosis. Brindando una atención integral de calidad mediante la detección y diagnóstico precoz, al igual que el suministro de un tratamiento oportuno, gratuito y supervisado a las personas afectadas en todo el territorio nacional; y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad y sus repercusiones socio-económicas.

Disposiciones Generales: La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerada como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto y concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones, con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social.

El Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia y otros.

En el nivel nacional así como en el nivel regional donde la tuberculosis es un problema de salud pública, se conformará un Comité Técnico integrado por las dependencias de la institución, involucradas en la implementación y ejecución de las actividades de prevención y control de la tuberculosis y un Comité Consultivo integrado por representantes de instituciones de la sociedad civil y organizaciones de afectados que desarrollen y ejecuten

planes de abogacía que garanticen el compromiso político con la asignación de recursos necesarios en cada uno de los niveles de atención para la aplicación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis.

En el nivel local las autoridades competentes garantizarán el cumplimiento de la norma técnica de salud con la participación de equipos multidisciplinarios y asegurarán la consulta médica, detección, diagnóstico y tratamiento gratuitos, ofreciendo buenas prácticas de atención y respeto a los derechos humanos.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los diferentes niveles e instituciones del sector salud, promoverá la plena participación de las organizaciones de personas afectadas, fomentando el desarrollo de ciudadanía en salud, que implica el ejercicio de derechos y responsabilidades.<sup>7</sup>

Disposiciones Específicas: Para el desarrollo ordenado de la respuesta socio-sanitaria, ante la complejidad de las necesidades de salud, se deben considerar las siguientes disposiciones específicas:

Derechos humanos y ética en el control de la tuberculosis

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, considera necesario incorporar mayores elementos para la reflexión bioética y los derechos humanos, como orientadores del accionar del

personal de salud en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la tuberculosis en nuestro país. Con este fin se consideran los siguientes fundamentos y objetivos bioéticos:

- Disminuir la mortalidad e incrementar la expectativa de vida. Imponer límites a la investigación biomédica y a la práctica clínica.
- Mostrar por qué se debe actuar de una manera; no sólo cómo actuar.
- Defensa y salvaguarda del hombre; de su individualidad. 9 Afirmar el respeto por la condición humana. <sup>8</sup>

Dignidad Humana, Bioética, Derechos Humanos

Dignidad Humana: La dignidad humana es condición propia de toda persona, por su sola condición de humano, por ello la persona es un fin en sí mismo y no puede ser considerado como un medio, objeto o instrumento. Por su misma naturaleza, por la misma fuerza de pertenecer a la especie humana, por su particular potencial genético - que la enfermedad sólo es capaz de esconder pero que resurgirá de nuevo si el individuo recibe la terapéutica oportuna -, todo ser humano es en sí mismo digno y merecedor de respeto.

Ética / Bioética: La ética considerada como un conjunto de los principios morales universales, debe estar siempre presente como un componente indelible de la ciencia y tecnología.

El objetivo de la ética es la realización efectiva de los valores máximos en la sociedad y las personas.

Lo ético es inherente a la condición humana, por ello la reflexión y práctica de la ética son indispensables para una convivencia armónica y aplica a todos los ámbitos.

La bioética, es una respuesta racional, lógica y equitativa frente a la aplicación, poder y eficacia de la biomedicina, Es una rama de la ética que se fundamenta en los problemas generados por la aplicación y ejercicio de la medicina, biología y demás ciencias de la salud. Disciplina que tiene mucho que aportar al campo de la salud, como valiosa herramienta de reflexión y que promueve una atención sanitaria de calidad.

La bioética reconoce 4 principios, que deben constituirse en reglas de decisión en la atención de las personas afectadas de tuberculosis:

**Autonomía:** Respeto a la autodeterminación de la persona afectada de modo consciente y responsable, teniendo como base una adecuada información.

**Beneficencia:** maximizar los beneficios para la persona afectada, basado en la utilidad, beneficio y solidaridad de sus resultados. Es decir los fines que se busca con las intervenciones médicas son positivos y de orden terapéutico.

No maleficencia: Lo primero es no causar daño, minimizar los posibles riesgos.

Justicia: Todos los afectados tienen igual derecho a ser atendidos de acuerdo a las necesidades y urgencia que requiera su salud. Aquello que debe hacerse según derecho o razón. Estos principios se convierten en derechos de las personas sanas o enfermas que junto con los derechos humanos ameritan ser tomados en cuenta por los prestadores de servicios de salud para ofrecer una atención integral de calidad.

Derechos humanos, derechos en salud: Los derechos humanos son “condiciones esenciales del género humano, materiales y espirituales, que necesitamos para satisfacer nuestras necesidades y realizarnos como seres humanos” (Declaración Universal de los Derechos Humanos). El derecho a la vida, la libertad personal, privacidad, seguridad, igualdad ante la ley, a la no discriminación, a la expresión, al libre tránsito, a la asociación, entre otros, son derechos humanos civiles y políticos. El derecho a la salud, educación, condiciones dignas de vida y de trabajo son derechos humanos que corresponden al grupo de derechos económicos, sociales y culturales. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis considera un derecho fundamental de las personas afectadas de Tuberculosis, el acceso universal a la atención integral de la salud con

calidad, entendida tanto desde el punto de vista científico técnico como del percibido por la persona afectada.<sup>8</sup>

Promoción de los derechos humanos y ética en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis tiene como objetivos:

- Promover en el personal de salud de los diferentes niveles de atención y en las personas con tuberculosis, la información, capacitación y reflexión sobre los derechos humanos y bioética, para fomentar su práctica.
- Fomentar el derecho a la información que tiene la persona con tuberculosis sobre su enfermedad, alternativas de la conducta terapéutica a seguir, pronóstico y promover el ejercicio del principio de Autonomía.
- Promover respeto a los Derechos Humanos y de los principios Bioéticos en el quehacer diario de los prestadores de servicios y personas con tuberculosis en los establecimientos de salud.
- Fomentar el respeto a la dignidad de cada individuo, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la persona con tuberculosis en todos los momentos de la relación entre la persona con tuberculosis y el prestador del servicio de salud.

- Lograr una mayor satisfacción en los usuarios internos y externos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis por el trabajo realizado en los diferentes niveles.

Entre las actividades a realizar tenemos:

- El Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis promoverá y facilitará la capacitación del personal de salud y personas con tuberculosis en Derechos Humanos y Bioética.
- Capacitación para la práctica adecuada del consentimiento informado, como una estrategia del ejercicio del principio bioético de autonomía.
- Información clara, veraz, completa y comprensible según el nivel social y cultural de la persona con tuberculosis.
- Difusión de los derechos y responsabilidades de la persona con tuberculosis en forma visible en los establecimientos de salud.
- Asegurar que los protocolos de investigación en seres humanos que se aplican en personas con tuberculosis, cuenten con la aprobación de los Comités de Ética de Investigación según niveles.
- Fomentar el análisis ético de los casos clínicos, considerando el análisis de los principios éticos y las consecuencias.
- Elaboración de guías técnicas para la atención de casos especiales, respetando los principios bioéticos.<sup>7</sup>

## Prevención de la tuberculosis

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis y en caso que ésta se produzca tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad.

El objetivo de las medidas preventivas está dirigido a evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

Las principales medidas preventivas son:

- a) Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar
- b) Vacunación BCG.
- c) Control de contactos.
- d) Quimioprofilaxis.
- e) Comunicación y educación para la salud.

a) Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar: La detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y completo de los casos de tuberculosis pulmonar principalmente frotis positivo (TBP-FP) es la medida preventiva más eficaz para evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad.

b) Vacunación BCG: La vacuna BCG (Bacilo de Calmette - Guerin) contiene bacilos vivos y atenuados, obtenidos originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo provocar

respuesta inmune útil que reduzca la morbimortalidad tuberculosa post-infección primaria.

Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y Tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada en todo recién nacido en forma gratuita, evitando oportunidades perdidas y es responsabilidad de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones

c) Control de contactos: Se denomina contacto a las personas que conviven o frecuentan con la persona afectada por tuberculosis (caso índice), encontramos 2 tipos de contactos:

- Contacto Intradomiciliarios: Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.
- Contacto Extradomiciliar: Es aquella persona que no viviendo en el domicilio de la persona afectada por tuberculosis, comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue, otros). Son considerados en esta categoría, parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas.

Tiene como objetivos prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad detectando casos de tuberculosis entre los contactos.

Es prioritario el control de los contactos de un enfermo TBP-FP, porque son las personas que tienen mayor posibilidad de haberse infectado recientemente y desarrollar la enfermedad.

Los procedimientos para el control de contactos se detallan en la disposición específica correspondiente (remitirse al capítulo de control de contactos y quimioprofilaxis).

- d) Quimioprofilaxis: Es la administración de Isoniazida a personas en quienes se ha descartado presencia de enfermedad tuberculosa activa, con el objetivo de eliminar la infección y evitar el riesgo de enfermar de tuberculosis. La indicación de la quimioprofilaxis, es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud. La organización y cumplimiento de la quimioprofilaxis, es responsabilidad de enfermería.

Los procedimientos para la quimioprofilaxis se detallan en la disposición específica correspondiente (remitirse al capítulo de control de contactos y quimioprofilaxis).

- e) Comunicación y educación para la salud: La educación y comunicación en el Control de la Tuberculosis son procesos de interacción y diálogo entre el personal de los servicios de salud y los ciudadanos en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario), con enfoque de interculturalidad y lograr estilos de vida saludables, comportamientos que directa e

indirectamente promueven la salud, prevenir y disminuir la transmisión de la tuberculosis en la comunidad.<sup>8</sup>

Promoción de la salud: Promoción de la salud, plantea la importancia del entorno físico, económico, social, cultural y ambiental como determinantes de la salud. La promoción de la Salud es una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en la población.

La intersectorialidad implica ordenar o establecer mecanismos de coordinación fluidos con otros sectores del aparato estatal, con instituciones de la sociedad civil y con las organizaciones de personas con tuberculosis. El propender a las alianzas estratégicas, bajo el compromiso de la corresponsabilidad social, evita la actuación fragmentada, reunifica las relaciones dentro de una óptica de conjunto y le da sinergia al quehacer en promoción y prevención en el control de la tuberculosis.

En este contexto, los Consejos Regionales de Salud, la participación ciudadana, las organizaciones sociales de base, las asociaciones de personas con tuberculosis, las instituciones públicas y privadas constituyen una red de soporte para el logro de la participación social con la finalidad de promover el autocuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud así como favorecer la prevención y el control de la tuberculosis.

- Abogacía y políticas públicas: Entendemos Abogacía como las acciones individuales y de grupos organizados que buscan influir sobre las autoridades, los condicionantes y las personas que intervienen en el proceso político, con el objetivo de sensibilizarlas a las carencias y necesidades diversas que emergen en la sociedad. La abogacía en salud se basa en el principio de que las personas tienen derechos, que pueden estar declarados, o no, en leyes. La utilidad de la abogacía se presenta cuando estos derechos no están siendo respetados o garantizados (Dallari, 1996). La falta de políticas que consideren la multiplicidad cultural de los pueblos ha determinado la marginación de ciertos grupos de población, entre ellos afectados por tuberculosis. En este contexto, la abogacía se presenta como uno de los instrumentos que la sociedad civil, personas afectadas por tuberculosis, utilizan para alcanzar sus derechos, es decir, para que sus derechos reconocidos por la ley sean efectivamente realizados. Por lo tanto, la abogacía en salud significa la reivindicación del derecho a la salud, su acción es eminentemente política. Las DISAS / DIREAS deben promover que la sociedad civil, la organización de las personas afectadas por tuberculosis, participen en las actividades de prevención y control de la tuberculosis, hacia una atención de salud con calidad en el marco de los derechos humanos y de la interculturalidad

- Comunicación y educación para la salud: La comunicación, la educación y la salud coinciden y se encuentran en la persona humana, la Comunicación favoreciendo el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación interpersonal, la Educación activando sus capacidades para el desarrollo de las mismas y su ejercicio en la vida social, productiva, reproductiva, política, creativa, cultural y otros; y la Salud creando las condiciones físicas, mentales, sociales y ambientales para que esa persona pueda serlo y actuar como tal.

Las DISAS / DIREAS, deben incluir en los planes regionales de salud intervenciones locales con enfoque de interculturalidad y respeto de los derechos humanos relacionados a la prevención y control de la tuberculosis, incorporando a la población en cada uno de los procesos de planificación, organización y ejecución de los planes regionales y locales.

- Participación ciudadana y empoderamiento: Es el conjunto de acciones individuales, grupales y comunitarias que se realizan con la finalidad de promover la salud y prevenir la tuberculosis.

El empoderamiento individual y colectivo es fundamental para construir una cultura de salud en tuberculosis implementando y/o fortaleciendo la Vigilancia Comunal que se define como la actividad que los ciudadanos

empoderados en el tema realizan en relación al alcance de los servicios de salud tales como satisfacción de los usuarios, adecuado aprovisionamiento de drogas, adecuado seguimiento de los casos, tiempos de demora para el acceso al diagnóstico y tratamiento etc. Siendo parte no sólo de la identificación del problema sino además parte activa de la solución.

Las Intervenciones de Promoción de la Salud se realizan en diversos escenarios y espacios (individual, familiar y comunitario) para construir una cultura de salud y contribuir con el control de la tuberculosis, siendo los ejes temáticos a desarrollar: alimentación y nutrición saludable, higiene y ambiente.

Intervención en Familias y Viviendas:

Desarrollar actividades educativas que permitan a sus miembros promover la importancia del autocuidado.

Implementar metodología participativa con las familias (Metodología de Educación para Adultos) en Alimentación y Nutrición Saludable a fin de promover comportamientos saludables.

Desarrollar acciones educativas que les permita mejorar su vivienda y entorno.

Desarrollar actividades comunicacionales a través de los medios de comunicación masiva al que tengan alcance las familias.

Intervención en Instituciones Educativas:

Desarrollar acciones conjuntas con el Ministerio de Educación con el objetivo de que en cada región se incorporen temas de promoción de la salud en el currículo educativo (Escuelas, Institutos y Universidades).

Intervención en Municipios y Comunidades:

Propiciar la participación de los diferentes actores sociales Promover los planes distritales de lucha contra la tuberculosis Promover la organización de las personas con tuberculosis. Fortalecimiento de acciones de comunicación y educación para la salud.

Desarrollar un sistema de Vigilancia Comunal para el control de la tuberculosis a través de la red de agentes comunitarios en salud.

Programas Informativo – Educativos

La estrategia principal es alentar políticas de salud a través del refuerzo de valores, democracia, participación, organización e iniciativa para el desarrollo comunal, en un contexto de respeto y protección al medio ambiente y a la identidad cultural y nacional. Lo que será posible a través del enfoque de Comunicación en Salud Pública.

- Comunicación Interpersonal: Permite que los valores culturales de las comunidades desempeñen un papel central en las comunicaciones dirigidas al cambio de comportamiento. De esta forma, es probable que se adopten y mantengan comportamientos positivos, cuando las

personas del propio entorno cultural intervienen en el proceso de transformación.

- **Comunicación Comunitaria:** Es la comunicación en la cual el Agente Comunitario es el principal actor en la construcción de ciudadanía, a través de redes organizativas como la vigilancia ciudadana.
- **Comunicación para la Promoción y el Autocuidado:** Es la formulación de la estrategia creativa de comunicación, donde la definición de la etapa de cambio de conducta, comportamiento de los ciudadanos y los mensajes son el alma de una campaña en salud.
- **Comunicación para el Mercadeo de los Servicios:** Las buenas prácticas en la atención de las personas con tuberculosis es el fundamento del mercadeo de los servicios de salud. Un servicio de alta calidad da credibilidad a la organización, estimula la comunicación oral, realza la percepción de valor de los usuarios, agentes cooperantes, trabajadores y voluntarios.

En los establecimientos que cuenten con el profesional de servicio social, las actividades inherentes a la articulación de redes de soporte social que beneficien a las personas afectadas por tuberculosis, estarán bajo su dirección y liderazgo, involucrando, coordinando y ejecutando con el equipo multidisciplinario del establecimiento.

La valoración social e individualización en tal sentido, de cada caso de tuberculosis es responsabilidad exclusiva del trabajador social. Siendo su rol fundamental para facilitar el acceso de los pacientes a diagnóstico, tratamiento, seguimiento, ayudas diagnósticas etc.<sup>7</sup>

Detección y diagnóstico de casos de tuberculosis sensible detección de casos

Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas con tuberculosis. Se realizará permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de los sintomáticos respiratorios, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento.

Sintomático Respiratorio (S.R.): Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.

Sintomático Respiratorio Identificado (S.R.I): Es el S.R detectado e inscrito en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

Sintomático Respiratorio Examinado (S. R. Ex): Es el S.R.I al que se le realiza uno o más baciloscopías de esputo.

Procedimientos para la detección del sintomático respiratorio: La detección del S.R. se realizará obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones en mayores de 15 años que acuden por cualquier causa a los diferentes servicios. La organización de esta actividad es responsabilidad del profesional de

enfermería en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis y el cumplimiento de la actividad es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud.

Capacitar a todo el personal en la identificación del S.R., en todos los servicios del establecimiento de salud, priorizando el servicio de admisión y otras áreas de mayor demanda de atención (Triage, Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización y otros que el establecimiento defina como áreas de riesgo de transmisión de tuberculosis).

Implementar el Área de Recolección Inmediata de Espudo (ARIES), la que deberá contar con iluminación y ventilación natural, mediante ventanas y puertas abiertas que aseguren una ventilación cruzada, respetando la privacidad del S.R. Esta área debe ubicarse fuera de la zona de tránsito de las personas (pacientes, trabajadores de salud, consultantes y otros). Bajo ningún concepto deberán utilizarse como ARIES ambientes cerrados u oscuros y mucho menos los servicios higiénicos.

Una vez identificado el Sintomático Respiratorio:

- Registrar con letra legible todos los datos requeridos en la “Solicitud de Investigación Bacteriológica en TB” (Ver anexo N° 2). Es responsabilidad del personal profesional de enfermería y laboratorio realizar permanentemente el control de calidad de la información consignada en

la solicitud para investigación bacteriológica, implementando medidas correctivas en forma inmediata

- Inmediatamente obtener la primera muestra de esputo, para tal fin conducir al S.R al ARIES y orientarlo para lograr una buena muestra.
- Orientar al S.R que debe traer la segunda muestra al día siguiente; en el caso que el S.R no trae la segunda muestra, el personal de salud realiza la visita domiciliaria.
- Consideraciones para obtener una muestra adecuada:
- Calidad: Una buena muestra es aquella que proviene del árbol bronquial y es obtenida después de un esfuerzo de tos. Orientar al S.R que realice promedio de 10 inspiraciones profundas y luego expectorar la secreción en el frasco recolector. Sin embargo una muestra con apariencia de saliva o sangre puede ser positiva. NO se debe rechazar ninguna muestra
- Cantidad: Para ser considerada suficiente, la muestra debe tener un volumen aproximado de 5 ml. Si el S.R. tiene escasa secreción, se le debe indicar realizar 3 expectoraciones más, en el mismo envase hasta que obtenga la cantidad suficiente.
- Número de muestras y momento de la recolección:
- Se recomienda obtener y procesar dos muestras por cada Sintomático Respiratorio. La primera muestra debe obtenerse en el momento que se

identifica al S.R Evitar las “oportunidades perdidas” obteniendo la primera muestra de esputo en el primer contacto del S.R. con el establecimiento de salud.

- La segunda muestra debe ser del día siguiente de obtenida la 1ra muestra, orientar al S.R que al despertarse en la mañana e incorporarse de la cama expectore en el frasco recolector.
- Detección de sintomáticos respiratorios en los Servicios Emergencia:
- Los establecimientos de salud que atienden las 24 horas del día, deben implementar la detección de S.R. en el servicio de emergencia.
- El servicio de emergencia funciona como una Unidad Recolectora de Muestras (U.R.M), debiendo entregar las muestras durante el turno correspondiente al laboratorio que habitualmente procesa baciloscopías.

Detección del sintomático respiratorio en grupos de alto riesgo:

Los grupos vulnerables tienen características como: compartir espacios pequeños por tiempo prolongado, inaccesibilidad social, cultural, entre otros; por lo que se considera riesgo epidemiológico de transmisión de tuberculosis, es responsabilidad del establecimiento de salud intervenir en estos grupos en busca de sintomáticos respiratorios:

- Poblaciones cerradas: penales, asilos, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación para fármaco dependientes, salas de hospitalización y

otras poblaciones vulnerables (Indígenas, zonas de frontera, indígenas en contacto inicial y otros).

- Poblaciones que se encuentran en Áreas de Elevado Riesgo de Transmisión de Tuberculosis (AERTS)
- Contactos de personas con diagnóstico de tuberculosis: intradomiciliarios (los que conviven en el mismo domicilio del enfermo) y extradomiciliarios (los que frecuentan con el enfermo con TB: amigos, vecinos, compañeros de trabajo y otros).
- Personal de salud y estudiantes de ciencias de la salud.
- Inmunocomprometidos: Infectados por VIH, tratamiento inmunosupresor, enfermedades neoplásicas, diabéticos. Población con comportamiento de riesgo: Alcoholismo, Drogadicción, Delincuencia y otros.

#### Diagnóstico de casos

La herramienta fundamental para el diagnóstico de casos de Tuberculosis es la bacteriología (baciloscopía y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes, es necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización y complejidad de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: Clínico,

epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico y anatomopatológico.

A toda persona con diagnóstico de Tuberculosis, se le debe brindar consejería y prueba de tamizaje para VIH. (Ver Comorbilidad TB/VIH).<sup>8</sup>

Definiciones operacionales para el diagnóstico de casos: Caso de Tuberculosis

Es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide administrar un tratamiento antituberculoso.

Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP- FP): Es la persona con TB Pulmonar, que tiene confirmación a través de baciloscopías (baciloscopías positiva).

Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con TB pulmonar frotis positivo por constituir la principal fuente de transmisión en la comunidad.

Caso de Tuberculosis Pulmonar Cultivo Positivo (TBP- CP)

Es la persona con TB Pulmonar, en la que luego del seguimiento diagnóstico tiene baciloscopías negativas pero se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo.

Caso de Tuberculosis Pulmonar BK (-) y Cultivo (-)

Es la persona con Tuberculosis Pulmonar, en la que luego del seguimiento diagnóstico los resultados bacteriológicos son negativos (baciloscopías y cultivo).

También se considera aquella persona con radiografía anormal, que no es sintomático respiratorio, en la que se obtiene la muestra por nebulización, aspirado transtraqueal, lavado bronquio alveolar, etc. se realizó exámenes bacteriológicos (baciloscopías y cultivo), cuyos resultados son negativos.

En ambos casos se decide iniciar tratamiento Antituberculosis por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico y anatomopatológico).

Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.

#### Caso de Tuberculosis Pulmonar Sin Baciloscopia

Es el menor de 14 años 11 meses, 29 días, a quién se le diagnostica TB pulmonar por criterio clínico, radiológico, inmunológico, porque no se ha logrado realizar el examen bacteriológico, ya que el niño difícilmente logra expectorar.

#### Caso de Tuberculosis Extra Pulmonar

Es la persona a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sean los pulmones.

El médico tratante debe buscar confirmar las TB extrapulmonares, por lo que debe obtener las muestras necesarias para los estudios bacteriológicos y anatomopatológico. El líquido obtenido se remite para estudio bacteriológico (baciloscopías y cultivo)

Para el estudio bacteriológico: La biopsia obtenida debe ser enviada en suero fisiológico, para la baciloscopia directa y cultivo.\_

Para el estudio anatomopatológico: una 2da. Muestra debe ser conservada en formol. La presencia de granuloma de tipo “específico” (caseoso) en tejidos a la microscopía óptica, da el diagnóstico anatomopatológico presuntivo de tuberculosis.

Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.

En las personas con tuberculosis extrapulmonar que son sintomáticos respiratorios, solicitar además baciloscopías y cultivo de esputo, para descartar Tuberculosis Pulmonar.

En los casos en que coexiste Tuberculosis pulmonar más Tuberculosis Extrapulmonar; y se cuenta con resultado bacteriológico positivo (baciloscopia o cultivo) de la muestra de esputo se notifica como Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, porque desde el punto de vista salud pública es fuente de contagio en la comunidad

Tuberculosis Extrapulmonar con Confirmación Bacteriológica

Es aquella persona con diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar, en la que se demuestra hallazgo de Mycobacterium Tuberculosis por bacteriología (baciloscopia y/o cultivo) en el tejido y/o fluidos orgánicos.

#### TB Extrapulmonar con Confirmación Histopatológica

Es aquella persona con diagnóstico de Tuberculosis Extrapulmonar y que por biopsia del tejido del órgano afectado se demuestra hallazgo por anatomía patológica de reacción inflamatoria compatible con tuberculosis (granuloma específico). o Tuberculosis Extrapulmonar sin Confirmación

Es aquella persona con diagnóstico de Tuberculosis Extrapulmonar, en la que se realizó exámenes bacteriológicos (baciloscopías y/o cultivo) con resultados negativos y en el resultado histopatológico sin hallazgo compatible, realizando el diagnóstico por criterios: clínicos, radiológicos y epidemiológicos.<sup>8</sup>

#### HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

De las enfermedades infecciosas, la Tuberculosis ha sido una de las causantes de mayor morbimortalidad, afectando a diferentes poblaciones a lo largo de la historia. Hoy en día, la TBC continua siendo una enfermedad peligrosa, ya que el bacilo de Koch, luego de su exposición a drogas de los esquemas de tratamiento ha mutado, ocasionando el origen de la TBC multidrogoresistente (TBCMDR), y la TBC extremadamente resistente (TBC-XDR) que ha complicado la lucha contra este mal sobre todo en los

países con mayores índices de pobreza. También debemos considerar como agravantes a esta situación: el aumento de la drogadicción, la violencia, el incremento de casos de VIH -SIDA y migración de la población hacia las ciudades.

La depresión, en la era actual, puede considerarse el trastorno psíquico más frecuente y que provoca mayor discapacidad en la población general. Las repercusiones personales, familiares, laborales y socioeconómicas son evidentes, la calidad de vida del individuo y de su familia se ve afectada habitualmente de forma más intensa que en otras enfermedades crónicas.<sup>9</sup>

La prevalencia anual es estimada, según datos de Zarragoitia (2010), se encuentra entre un 2-3% para los hombres y un 8% para las mujeres.<sup>11</sup>

Según la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.<sup>11</sup>

La OMS indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo. Los pacientes con depresión presentan discapacidad similar o mayor a la que se presenta en otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus, aunque su habilidad para integrarse dentro de la sociedad es peor.<sup>12</sup> El índice de

mortalidad es casi el doble. Es importante recordar también el impacto que esta enfermedad tiene en la calidad de vida de los pacientes, siendo la enfermedad que más influye en el empeoramiento de la salud de la población.<sup>12</sup>

La depresión impone una carga importante en países industrializados, tanto en términos de gastos en los recursos dirigidos al tratamiento médico de la enfermedad como en términos de las pérdidas en la productividad consecuencia del absentismo, el retiro temprano y la prematura mortalidad.<sup>12</sup>

### Etiología

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta el momento, las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su totalidad, pero parecen existir factores genéticos y ambientales.

Los neurocientíficos, en las últimas décadas, han empezado a examinar cómo el cerebro da forma a las experiencias y recuerdos para generar el amplio y variado repertorio de emociones que determinan lo que somos, lo que deseamos y lo que no deseamos ser. Una de las áreas cerebrales más importantes que se puede ver afectada por la emoción y el estrés es el

hipocampo, siendo una pieza clave para integrar la respuesta cognitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés.<sup>13</sup>

Desde hace años se cree que la exposición a un estrés duradero tiene relación con el inicio de un episodio depresivo.<sup>13</sup>

Se acepta que el sistema inmunológico y el cerebro se intercomunican a través de una red de señales mediadas por el sistema endocrino. La activación del sistema inmunológico parece estar asociada con la génesis del estrés y la depresión. La hipersecreción de citocinas puede ser un mecanismo a través del cual el estrés puede inducir estados depresivos.<sup>13</sup>

El factor de liberación de corticotrofina (CRF, por sus iniciales en inglés) proporciona un vínculo entre la clásica hipótesis monoaminérgica de la depresión y la moderna bioquímica cerebral.<sup>13</sup>

Diagnóstico: El diagnóstico de la depresión mayor está basado en un interrogatorio hecho al paciente en donde se exploran criterios sobre su estado de ánimo, actividades cotidianas y pensamientos constantes.

De acuerdo con el Manual Diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-IV) el término trastorno depresivo mayor indica un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, en el que se presentan síntomas como descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer, pérdida de peso, hipersomnias o insomnio, enlentecimiento o

agitación psicomotoras, fatiga, ideas de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Se debe descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo.<sup>16</sup>

Estigmatización de la depresión: En el momento de realizar la intervención a personas que presentan cuadros depresivos, se debe tomar en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad de los mismos.

Es importante tomar en cuenta que el episodio depresivo puede iniciarse sin desencadenante o puede estar precipitado por algún acontecimiento de naturaleza negativa como el fallecimiento de un familiar, separación de pareja, pérdidas económicas o cambio de domicilio.

Jorquera, en el libro *Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*, publicado en el año 2009, señala que generalmente las personas que consultan por depresión, ya sea por iniciativa propia o por indicación de otro profesional, habitualmente no refieren los síntomas afectivos como motivo principal de la consulta o del tratamiento que buscan, sino que acostumbran referirse a éstos como la consecuencia física, ambiental o relacional a la que atribuyen la causa de su malestar y de los problemas concomitantes. Esta situación constituye su problema y es la causa de su estado.<sup>14</sup>

Estos detalles permiten dilucidar la importancia de un correcto y eficiente abordaje psicoterapéutico, debido a que la diversidad de factores y las diferencias en los tipos y grados de los cuadros depresivos, demandan una adecuada estrategia de intervención para cada caso en particular.

Es importante tomar en cuenta que el interés del paciente por visitar un clínico no reside generalmente en la búsqueda de opciones que le ayuden a mejorar su estado, si no en la necesidad de narrar a alguien “que le entienda” su situación particular en busca de alivio emocional y en el mejor de los casos, en busca de un consejo para modificar esa situación ambiental, este entorno o relación específicos que causan su malestar.<sup>14</sup>

Lo importante es que acuda por ayuda, ya que esto permitirá hacer un abordaje de la situación y determinar el grado de afectación que trae. Siempre con el objetivo de identificar aspectos como presencia de ideación suicida, pensamientos de muerte, sentimientos de desesperanza, nivel de funcionalidad en el ámbito relacional, familiar, social, dificultades a nivel cognitivo, comportamental, afectivo, social e interpersonal. Este mapeo de la situación proveerá de las herramientas para establecer el abordaje inmediato de la crisis que lo ha traído a consulta.

La intervención en crisis puede desarrollarse en diferentes lugares, desde un centro médico hasta el hogar de las personas afectadas. Esta actividad

se caracteriza por su orientación hacia metas concretas y debe centrarse en el problema planteado.

En la práctica clínica existen escasas diferencias en el abordaje habitual de las reacciones emocionales depresivas: los trastornos depresivos menores o los cuadros depresivos severos. Los médicos de atención primaria serían la piedra angular del sistema sanitario en la identificación y abordaje de estos trastornos. Se insiste en que un número excesivo de pacientes no son diagnosticados, y no reciben el tratamiento adecuado, y se han subrayado y criticado las ciertas actitudes de algunos médicos, que consideran la mayoría de los trastornos depresivos que atienden como comprensibles y justificables. <sup>12</sup>

Dentro del abordaje de la depresión se incluye el manejo de los SR. La fase de continuación del tratamiento tiene lugar 16- 20 semanas después de lograr la remisión completa. El objetivo de este tratamiento es prevenir recidivas durante el periodo de vulnerabilidad que sigue inmediatamente a la recuperación de los síntomas. Lograr una buena adherencia terapéutica es una de las mayores aportaciones que puede hacer el médico de atención primaria para disminuir la presencia de SR.<sup>11</sup>

Íntimamente relacionado con el abordaje de la depresión se añade una situación que en muchos casos pasa totalmente inadvertida, la cual es la cuestión referida a la estigmatización que se presenta en estos pacientes.

Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia depresión que están padeciendo, también la incomprensión de las personas que les rodean y en no pocas ocasiones los prejuicios y el estigma asociado.

El estigma puede estar definido como una actitud perjudicial atribuible a personas que tiene una enfermedad mental que puede resultar en prácticas discriminatorias que interactúan para crear y perpetuar desigualdades sociales, desventajas y tratamiento discriminatorio de personas que tienen un desorden mental. <sup>11</sup>

El término de estigma abarca problemas de conocimiento (ignorancia), actitudes (prejuicio) y comportamiento (discriminación). El estigma es una marca o signo de deshonra usualmente produciendo como respuesta a actitudes negativas para su portador.<sup>11</sup>

Se plantea que el estigma puede ser una causa principal de preocupación para las personas que sufren de depresión.

Mejorar el conocimiento público acerca de la depresión puede tener éxito sobre los efectos de la estigmatización, además de buscar ayuda de manera anticipada. Es importante una psicoeducación del entorno del paciente para reducir su sufrimiento y disminuir las situaciones de estrés que puede implicar un mayor riesgo suicida. Las actitudes sociales estigmatizantes sirven para reforzar conductas de no adherencia al tratamiento como son

los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, sentirse mejor o creer que el tratamiento no es útil.<sup>11</sup>

Los sujetos que no han sido tratados con depresión piensan que ésta se puede fingir y que es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en personas débiles y con poca vitalidad, mientras que los que han sido tratados tienen una opinión significativamente distinta.

La pobreza, el origen indígena, el vivir en medio rural, el ser trabajador informal o desempleado y el ser analfabeto son factores que incrementarán el potencial del estigma asociado a problemas de salud mental como barrera de acceso a los servicios de salud.<sup>9</sup>

El estigma de la enfermedad mental nos afecta a todos. Genera sufrimiento en las personas que la padecen y sus familiares, creando importantes dificultades para los profesionales que atienden a estas personas en su rehabilitación psicosocial e impide que la sociedad se beneficie de la aportación que estos individuos pueden hacer en términos laborales y sociales.

La declaración de Helsinki, del año 2005, de la OMS estableció la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa de Europa. El Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea, del año 2005, fomenta la integración de las

personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad y señala la estigmatización como factor clave en este punto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado campañas educativas para el público general con la finalidad de mejorar la conciencia sobre la depresión y así optimizar el acceso a los cuidados de salud y combatir el estigma que acompaña a dicha enfermedad. (2) Los programas de salud pública deben estar enfocados a reducir el estigma valorando las dimensiones de responsabilidad, antipatía y amenaza. Una estrategia podría involucrar una explicación causal para la depresión que incorpora componentes sociológicos y biológicos para el público general.

Las personas con desórdenes mentales identifican la discriminación del empleo como experiencias de estigma más frecuentes. Existen prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación como también su inserción laboral. Quedar excluido de la actividad laboral crea devaluación material, erosiona la confianza en sí mismo, crea un sentido de aislamiento y marginación y es un factor de riesgo crucial para la incapacidad mental.<sup>11</sup>

#### Tipos de trastornos depresivos

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en los pacientes con neoplasias. El diagnóstico y tratamiento temprano son importantes porque mejora la calidad de vida.

Según la clasificación DSM-IV-TR los trastornos depresivos se subdividen en:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Trastorno Depresivo Mayor: Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por uno (episodio único) o más episodios depresivos mayores (recidivante) sin que exista historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

No es infrecuente que los pacientes con síndromes linfoproliferativos puedan desarrollar en algún momento de la enfermedad un trastorno depresivo mayor.

La detección del trastorno es importante porque en estos pacientes puede haber un mayor riesgo de suicidio; además el tratamiento de la enfermedad de base (leucemia, linfoma, mieloma) puede ser más complejo. Trastorno Distímico: Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos se encuentran tristes y desanimados, presentando alteración del hábito alimenticio, trastornos del sueño, baja autoestima, síntomas de desesperanza, aislamiento social, descenso de la actividad y la eficiencia.

Trastorno Depresivo no Especificado: Esta categoría incluye trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo o adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo.

La Tuberculosis (TBC), está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de Reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerbaban alteraciones de la esfera mental, contribuyendo al incumplimiento de la terapia<sup>16</sup>

Es de esperarse algún nivel de depresión situacional en la mayoría de los pacientes que luchan contra las dificultades de la terapia para la TBC fármaco resistente. La Isoniazida, la etionamida y la cicloserina se ha relacionado con la depresión, la que a su vez ha sido descrita como severa en varios reportes. El retiro de este medicamento del esquema está asociado con una recuperación rápida. Por lo general, cuando hay presencia significativa de depresión, la cicloserina no debe ser parte del esquema de tratamiento inicial.<sup>16</sup>

Cuando se encuentre un paciente con TBC-MDR con depresión, el médico tratante debe principalmente evaluar y atender los conflictos psicosociales subyacentes; además se le debe preguntar al paciente si ha presentado ideas suicidas, en el caso que la depresión se ha agravado. Al inicio se puede manejar a depresión causada por los medicamentos con la reducción de la cicloserina y etionamida a 500mg diarios para ver si disminuye la depresión. Sin embargo, si es que la depresión progresa o no mejora con un intento de terapia con antidepresivos y discontinuar con la cicloserina y posteriormente la etionamida también.<sup>16</sup>

Según la norma técnica del año 2010 menciona que la terapia psicológica es importante durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico o en el curso de un tratamiento prolongado.<sup>16</sup>

#### Deducción de términos básicos:

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

Paciente: Es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, *paciente* es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Tuberculosis pulmonar: Es una enfermedad inhabilitante, de larga duración, con grandes complicaciones para la persona que la padece y su entorno, que se transmite de una persona enferma a una sana por vía respiratoria y cuyo tratamiento, para la mayoría de los casos, es largo y sacrificado.

Centro de salud: Se refieren al lugar donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

El tipo de investigación de acuerdo al paradigma es:

**CUANTITATIVO:** busca establecer la magnitud del nivel de depresión.

- Según análisis y alcance de los resultados:

**DESCRIPTIVO:** caracterizara los niveles de depresión

- Según el periodo en que se capta la información:

**PROSPECTIVO:** la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador después de la planeación

- Según la secuencia del estudio

**TRANSVERSAL:** Se recolectara los datos e un solo corte en el tiempo

### **3.2. Población y Muestra**

#### **3.2.1. Población:**

Cualquier conjunto de elementos que tengan una o más propiedades en común definidas por el investigador y que puede ser desde toda la realidad, hasta un grupo muy reducido de fenómenos.

#### **3.2.2. Muestra**

Es un grupo relativamente pequeño de unidades de estudio que representa las características de la población

Para el presente estudio se consideró una población muestral de 20 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con tuberculosis pulmonar , nuevos en el esquema de tratamiento
- Pacientes de ambos sexos y entre 18 años a mas
- Pacientes que estén registrados en la estrategia de tuberculosis en el centro de salud

**Criterios de exclusión:**

- Paciente con alguna otra enfermedad crónica : VIH, diabetes
- Paciente con problemas neurológicos
- Paciente que no participa del consentimiento informado.

**3.3. Hipótesis**

El Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis es intenso

**3.4. Operacionalización:**

Identificación Variable	Definición Conceptual Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional Variable	Valor Final de la Variable
Nivel de Depresión	Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma. Término que se utiliza para designar una serie de alteraciones Cognitivo-conductual (normal, leve, moderada intensa)	TEST DE ZUNG  Cuidados de confirmación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me cuesta mucho dormir por las noches.</li> <li>- Noto que estoy adelgazado.</li> <li>- Estoy estreñado.</li> <li>- Me canso sin motivos.</li> <li>- Como igual que antes.</li> <li>- aún tengo deseos sexuales.</li> <li>- Hago las cosas con la misma facilidad que antes.</li> <li>- Encuentro fácil tomar decisiones.</li> <li>- Estoy más irritable que antes.</li> </ul>	Normal: < 50 Leve: 50- 59 Moderado: 60 -69 Intenso: 70 a mas	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"><li>- El corazón late más rápido que antes.</li><li>- Me siento triste y decaído.</li><li>- Tengo ganas de llorar y a veces lloro.</li><li>- Mi mente esta tan despeado como antes.</li><li>- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.</li><li>- Tengo confianza en el futuro.</li><li>- Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.</li><li>- Me gustan las mismas cosas de antes.</li><li>- Encuentro agradable vivir.</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>- Por las mañanas me siento mejor. Siento que soy útil y necesario.</p>		
--	--	--	--	--	--

### **3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **TÉCNICA:**

A continuación se presentó la técnica que se empleó para la recolección de datos las variables de estudio:

#### **LA ENCUESTA:**

Se realiza cuando la información que se necesita puede ser obtenida a partir de la respuesta que una o varias personas puedan dar a un cuestionario pre elaborado, y las mismas están dispuestas a colaborar con la investigación.

#### **INSTRUMENTO:**

El instrumento que se utilizó fue el test de Zung

#### **ESCALA AUTOAPLICADA DE ZUNG**

Desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático- conductual del trastorno depresivo.

Esta escala se encuentra formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con

dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 punto (raramente o nunca) hasta 4 puntos (casi todo el tiempo o siempre).

### **3.6. Procedimiento para la recolección de datos**

Se procedió a presentar el documento de la universidad dirigida al gerente del centro de salud de José Leonardo Ortiz, el cual me permitió la autorización respectiva para realizar mi encuesta en la estrategia de tuberculosis contando también con el apoyo de la licenciada encargada; se realizó la respectiva encuesta en diferentes días ya que tenían que cumplir con el tratamiento de los pacientes también en algunas veces se realizó la visita a los pacientes en sus respectivos domicilios; el tiempo utilizado para responder la encuesta a los 20 pacientes el tiempo que se utilizó para la encuesta fue de 15 minutos.

### **3.7. Análisis Estadístico e Interpretación de los datos**

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, para determinar el nivel de depresión del paciente. Se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión.

Se obtuvo el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna del instrumento. La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21.0.

### **3.8. Principios éticos**

**Belmont. (2008)**, menciona criterios éticos básicos; los cuales sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas.

**El respeto a las personas.** Que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos.

Esto significa que el sujeto de estudio de nuestra investigación fue la población que acuden al Centro de Salud José Leonardo Ortiz a quienes se dio valor a sus opiniones, respetando su autonomía de cada uno de ellos sin distinción alguna y teniendo en cuenta que se trata de un ser humano.

**Beneficencia.** El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar mejorar su bienestar.

**Justicia.** Interpretar el principio de justicia implica que la participación de las personas debe de ser igual para todos, de acuerdo a su necesidad individual, a su esfuerzo individual y a su contribución social.

### **3.9. Criterios de rigor científico**

Durante toda la investigación se seguirá algunos criterios de rigor científico, debido a que todas las investigaciones deben garantizar su calidad a través del rigor metodológico utilizado.

En este sentido se planteó el uso de credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad.

**Credibilidad,** se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.

Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. En la presente investigación se cumplió con este criterio partiendo de la recolección de datos e información de las propias fuentes primarias, mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, rescatándose el valor de la verdad.

**Auditabilidad o confirmabilidad**, se refiere como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. En el presente estudio se examinó datos e informaciones anteriores consideradas dentro de los antecedentes, las cuales me ayudará a orientar mi investigación.

**Transferibilidad o aplicabilidad**, es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Este principio se aplicará gracias a que, los resultados de la presente investigación proporcionaron información importante para ser tomada como punto referencia en investigaciones posteriores que posean una temática parecida.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados de tablas y gráficos:

Los resultados se presentan dando respuesta al objetivo general y objetivos específicos que se muestran a continuación:

**Tabla1:**Características sociodemográficas de pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz

Características sociodemográficas		Nº	%
Sexo	Masculino	13	65,0
	Femenino	7	35,0
Edad	18 - 29	8	40,0
	30 - 49	7	35,0
	50 - 69	4	20,0
	70	1	5,0
Estado civil	Soltero(a)	10	50,0
	Casado (a)	7	35,0
	Conviviente	3	15,0
Nivel de instrucción	Primaria	6	30,0
	Secundaria	11	55,0
	Superior	3	15,0

**Fuente:**Cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

Los Pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz poseen las siguientes características sociodemográficas sexo el 65%

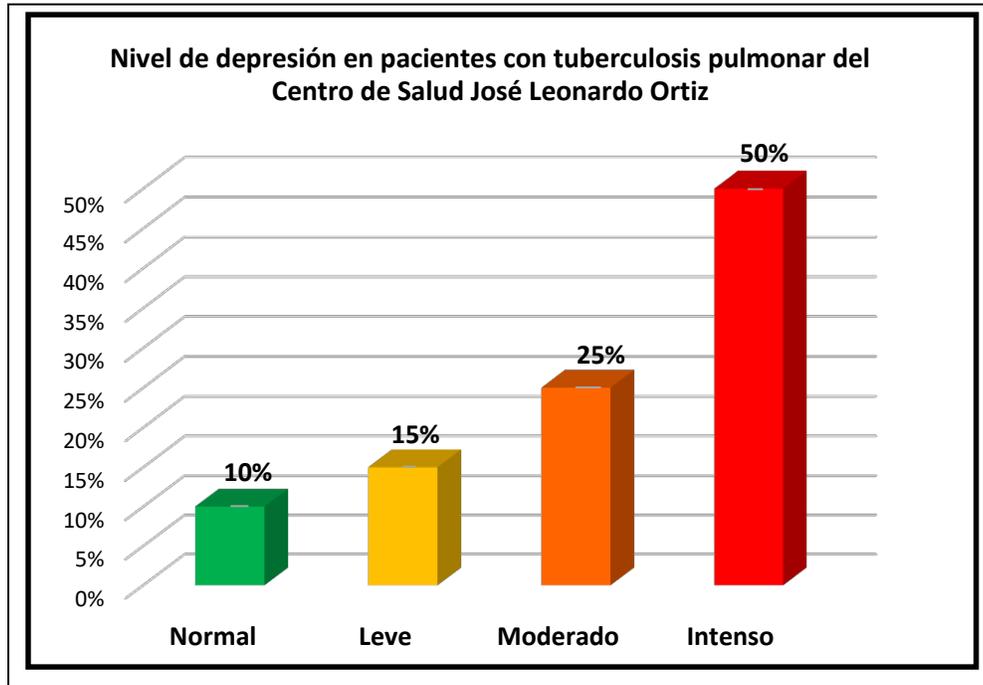
son del sexo masculino, con edades en su mayoría de 18-29 años (40%) estado civil soltero (50%); con grado de instrucccion secundaria (55%).

**Tabla 2:** Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz

<b>Nivel de depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	2	10%
Leve	3	15%
Moderado	5	25%
Intenso	10	50%
Total	20	100%

**Fuente:** Cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

**Gráfico N°1** Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz



**Fuente:** Cuestionario nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

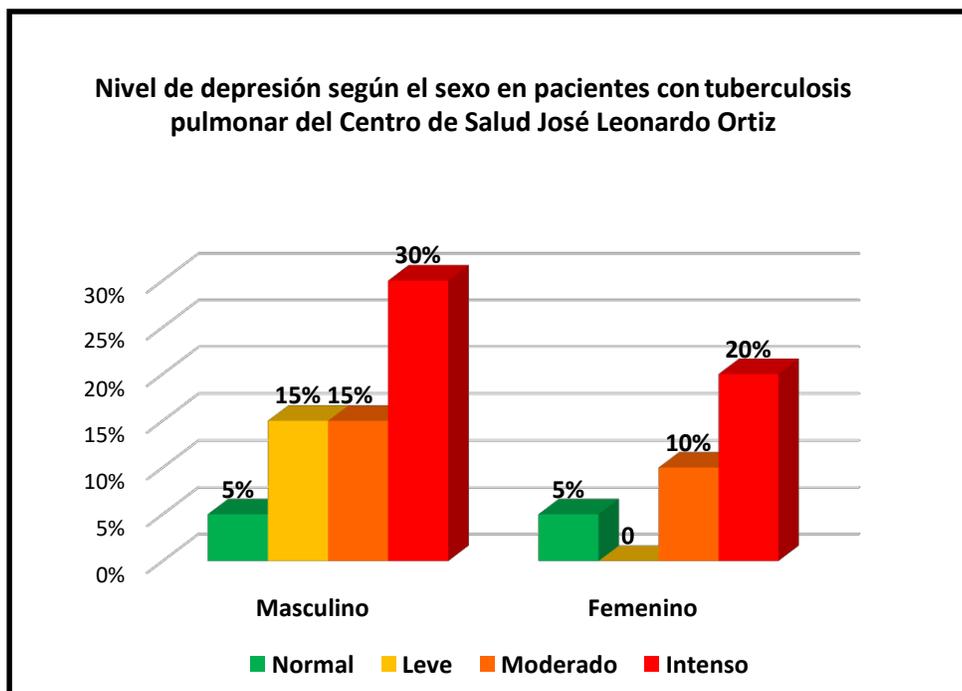
El nivel de depresión en pacientes con tuberculosis es Intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15%, normal 10%.

**Tabla 3** Niveles De Depresion Y Sexo De Los Pacientes Con Tbc Pulmonar

Sexo	Categorías		Categorías				Total
			Normal	Leve	Moderado	Intenso	
Masculino	Recuento		1	3	3	6	13
	% del total		5,0%	15,0%	15,0%	30,0%	65,0%
Femenino	Recuento		1	0	2	4	7
	% del total		5,0%	0,0%	10,0%	20,0%	35,0%
Total	Recuento		2	3	5	10	20
	% del total		10,0%	15,0%	25,0%	50,0%	100,0%

**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

**Gráfico N°2** Nivel de depresión según sexo en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz



**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

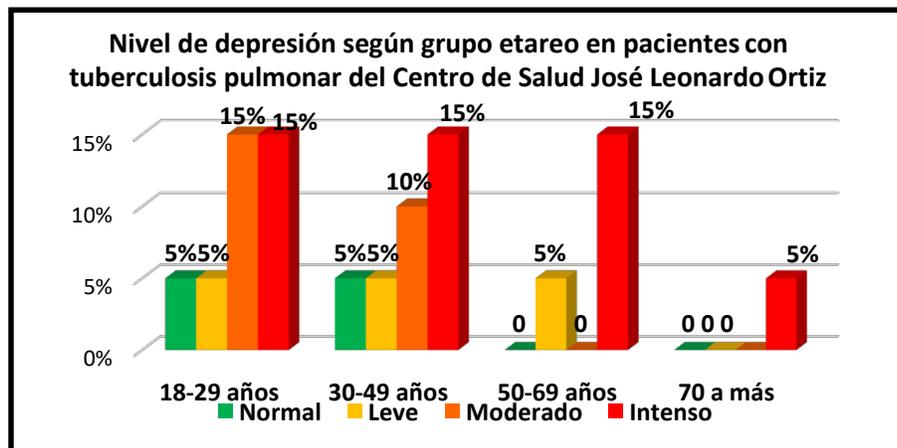
En el grafico se muestra nivel de depresion intenso con un 30% en el sexo masculino y un 20% de sexo femenino, seguido de una depreseión moderada 15% en sexo masculino y un 10% sexo femenino.

**Tabla 4 :** Niveles de depresion y edad de los pacientes con TBC pulmonar

		categorías				Total	
		Normal	Leve	Moderado	Intenso		
Edad	18 - 29	Recuento	1	1	3	3	8
		% del total	5,0%	5,0%	15,0%	15,0%	40,0%
	30- 49	Recuento	1	1	2	3	7
		% del total	5,0%	5,0%	10,0%	15,0%	35,0%
	50 - 69	Recuento	0	1	0	3	4
		% del total	0,0%	5,0%	0,0%	15,0%	20,0%
	70 a mas	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%
Total		Recuento	2	3	5	10	20
		% del total	10,0%	15,0%	25,0%	50,0%	100,0%

**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

**Gráfico N°3** Nivel de depresión según grupo etareo en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz



**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

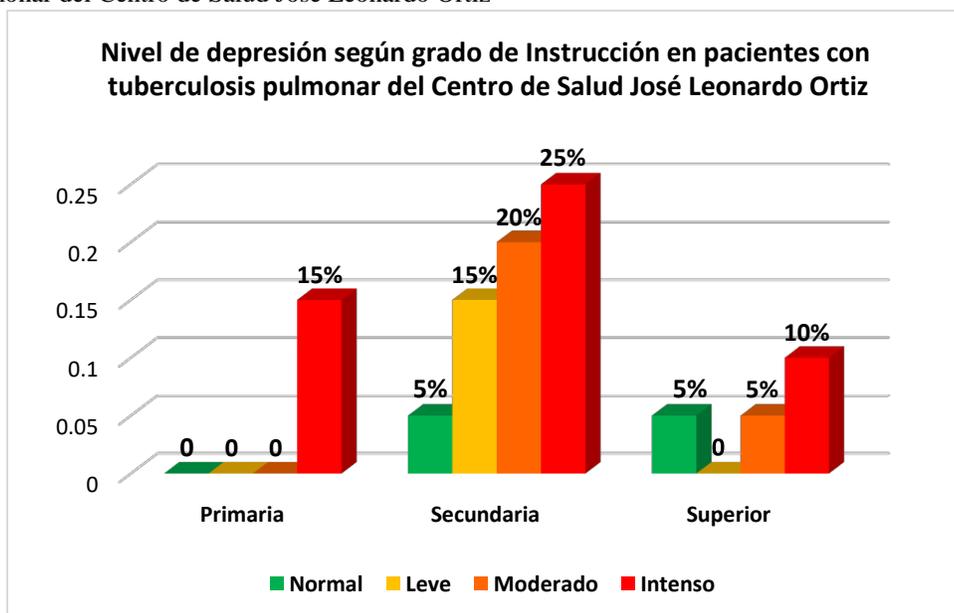
Se visualiza que el nivel de depresion es intenso con un 15% en tres grupos etareos de 18-29, 30-49 años y de 50-69 años en los pacientes con tuberculosis pulmonar. Seguido de una depresión moderada con un 15 % en edad de 18-29 años y un 10% de 30-49%.

**Tabla 5:** Niveles de depresion y grado de instrucción de los pacientes con TBC pulmonar

G_ins			categorías				Total
			Normal	Leve	Moderado	Intenso	
Primaria	Recuento		0	0	0	3	3
	% del total		0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	15,0%
Secundaria	Recuento		1	3	4	5	13
	% del total		5,0%	15,0%	20,0%	25,0%	65,0%
Superior	Recuento		1	0	1	2	4
	% del total		5,0%	0,0%	5,0%	10,0%	20,0%
Total	Recuento		2	3	5	10	20
	% del total		10,0%	15,0%	25,0%	50,0%	100,0%

**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

**Gráfico N°4** Nivel de depresión según grupo nivel de Instrucción en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz



**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

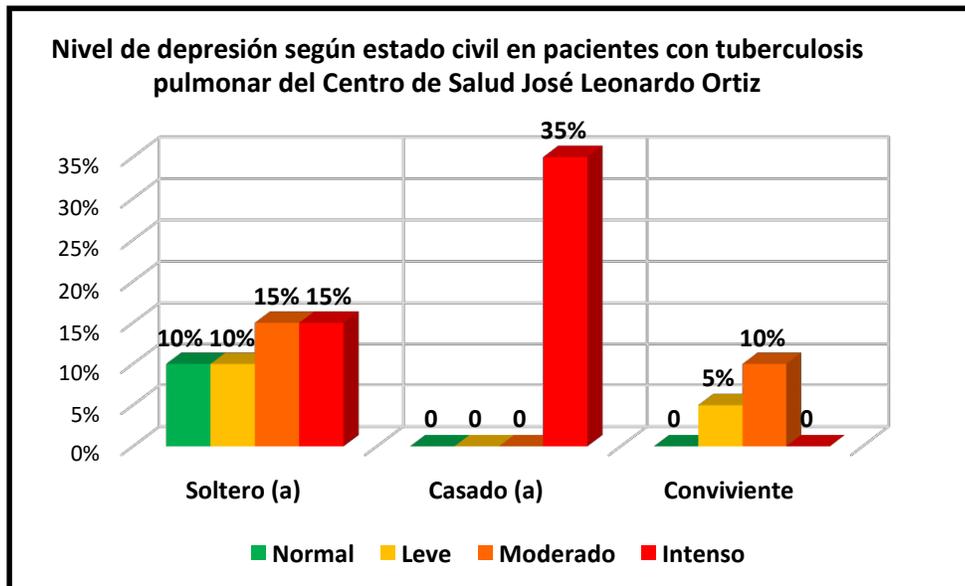
En el grafico se muestra los niveles de depresion intenso en pacientes de con nivel de instruccion secundaria con un 25%, seguido de un 15% primaria y 10% superior así mismo se tiene una depresión moderada de 20% en nivel secundaria y 5% superior.

**Tabla 6:** Niveles de depresion y estado civil de los pacientes con TBC pulmonar

			categorías				Total
			Norm al	Leve	Moderad o	Intenso	
E_civil	Soltero (a)	Recuento	2	2	3	3	10
		% del total	10,0%	10,0%	15,0%	15,0%	50,0%
	Casado (a)	Recuento	0	0	0	7	7
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	35,0%	35,0%
	Conviviente	Recuento	0	1	2	0	3
		% del total	0,0%	5,0%	10,0%	0,0%	15,0%
Total		Recuento	2	3	5	10	20
		% del total	10,0%	15,0%	25,0%	50,0%	100,0%

**Fuente:** cuestionario nivel de depresion en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

**Gráfico N°3** Nivel de depresión según estado civil en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz



**Fuente:** cuestionario nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar, centro de salud Jose Leonardo Ortiz, Chiclayo Enero – Julio 2015

En el grafico muestra que los pacientes con tuberculosis pulmonar según el estado civil casado el 35% se deprimen intensamente, 15 % moderado en solteros.

## 4.2. Discusion de los resultados

Siendo la tuberculosis una de las enfermedades que generan gran deterioro físico en el ser humano, a lo largo de la humanidad, se ha apreciado que también ha originado un desequilibrio en los niveles de depresión para quienes lo padecen, ya que el hombre como ser complejo también alcanza a ser complicado en sus relaciones e interacciones personales, debido a la estigmatización de una enfermedad que sin lugar a dudas es altamente contagiosa, pero sin embargo se puede evitar su diseminación mediante la prevención responsable.

**En relación a identificar los niveles de depresion en los pacientes con tuberculosis pulmonar segun sexo.** Se obtuvo que en el sexo masculino en un 30% se deprimen intensamente mientras que en el sexo femenino solo en un 20% .

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban

placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.<sup>19</sup>

La vergüenza en los varones, que les impide mostrar o expresar afectos genuinos, el temor a parecer ridículos, o la sobreactuación para que la vergüenza no se note. El simulacro emocional va afectando la identidad, genera confusión y agrega pérdidas. pueden responder con enojo, enfado o agresividad ante las frustraciones: involucrarse en peleas, en actos violentos. Que se relacionan con depresión. <sup>19</sup>

Por mandatos, por pudor, muchos hombres siguen escondiendo o desconociendo lo que sienten, obstruyendo el diagnóstico rápido de una enfermedad cada vez más frecuente. La causa de depresión en varones se observa, sin duda, un desequilibrio neuroquímico. Pero también se observan como causa la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal y las condiciones histórico-sociales

El perfil sintomático de la depresión en los hombres es, en general, diferente al femenino, con un predominio de la fatiga, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés por el trabajo y el tiempo libre. <sup>20</sup>

Los hombres muestran menos claramente los síntomas de la depresión, pero esto no quiere decir que no la sufran. Los expertos consideran que la esconden, quizás debido al hábito cultural que hace que los hombres muestren menos abiertamente sus emociones. Por eso, en lugar de los síntomas clásicos es frecuente que la revelen mediante el alcoholismo u otros abusos en ciertas sustancias, y mediante comportamiento antisocial.

Estos resultados nos dicen que los varones poseen altos índices de depresión por varios factores relacionados a su enfermedad, como la incapacidad para trabajar que genera sentimientos de culpa y retraimiento, la desinformación de su evolución y el temor al contagio a su familia, limitaciones para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad con su entorno, sumado a esto que los varones son criados en nuestra sociedad para ser exitosos restringiendo la expresión de emociones, por lo que deben soportar dolor físico y psíquico desvalorizando los afectos (en particular la tristeza).

**En relación a identificar los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar según edades** Se visualiza que el nivel de depresión es intenso con un 15% en tres grupos etareos de 18-29, 30-49 años y de 50-69 años en los pacientes con tuberculosis pulmonar. Seguido de una depresión moderada con un 15 % en edad de 18-29 años y un 10% de 30-49%.

La depresión grave, por su parte, puede desarrollarse a cualquier edad, pero el tiempo promedio de aparición se sitúa alrededor de los 25 años.

El 50% comienza su primer episodio depresivo entre los 20 y los 50 años de edad. <sup>21</sup>

Su expansión e incidencia de la depresión son crecientes en todos los grupos de edad, especialmente entre los más jóvenes.<sup>20</sup>

Estos resultados indican que la tuberculosis y la depresión se da en personas jóvenes, en edad de mayor productividad y económicamente activas pues ellas están a mayor exposición, por

estar en contacto con muchas personas en el area social, educativa y laboral, por lo que la enfermedad de tuberculosis provoca en la persona, represión, vergüenza y aislamiento social que conlleva a la depresión.

**En relación a los niveles de depresion en los pacientes con tuberculosis pulmonar según grado de instruccion** se obtiene depresion intenso en pacientes de con nivel de instrucción secundaria con un 25%, seguido de un 15% primaria y 10% superior así mismo se tiene una depresión moderada de 20% en nivel secundaria y 5% superior.

El bajo nivel de escolaridad, sin dudas, incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas que engendra la vida cotidiana, y por ende, la frustración de no poder comprender y/o dominar el medio genera depresión. <sup>20</sup>

Presentan mayores niveles de depresión más intensos aquellas personas que cuentan con sólo estudios primarios

Estos resultados se relacionan con este estudio pues se tiene que todos los pacientes que tienen nivel de instrucción primaria poseen

nivel intenso de depresión, siendo un indicador importante para tomarlo en consideración a la hora de brindar el cuidado de enfermería.

**En relación a los niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar según estado civil** los pacientes casados presentan depresión intenso (50%)

Las investigaciones han demostrado que en general se observa depresión en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas, o que están separadas o divorciadas. <sup>21</sup>

Sin embargo estudios señalan que las personas que padecen tuberculosis el 86% sólo cuentan con 2 miembros de sus familia, o su familia a dejado de brindarle apoyo emocional, encontrándose a veces en situaciones de abandono familiar y social

Alrededor de mil pacientes con tuberculosis abandonan su tratamiento cada año en el Perú debido a múltiples factores, entre ellos la falta de apoyo familiar,

Esto estaría en relación a los resultados obtenidos en que los niveles de depresión estaría en los casados tal vez por la falta de apoyo que ellos esperan de sus miembros de su familia insidiendo en un alto nivel de depresión.

**En relación al nivel de depresión de los pacientes con tuberculosis pulmonar** se obtuvo que el 50% es Intenso 25% moderado, 15% leve y 10% normal

El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. <sup>22</sup>

La depresión es una enfermedad grave que puede pasar factura sobre los individuos y las familias. La depresión no tratada puede dar como resultado, los problemas de comportamiento y de salud emocionales que afectan a todas las áreas de tu vida.

Es importante recalcar que la depresión es una entidad patológica que se caracteriza por la tristeza profunda y patológica, que tiene una importante carga etiológica en el mismo paciente, es decir, la depresión puede originarse por la incapacidad de las personas en el manejo de la frustración, así mismo, la depresión se produce por efecto colateral de factores externos negativos en el entorno donde se desenvuelve la persona, en el caso del paciente con tuberculosis.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

Los Pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz poseen las siguientes características sociodemográficas el 65% son del sexo masculino, con edades en su mayoría de 18-29 años (40%) estado civil soltero (50%); con grado de instrucción secundaria (55%).

El nivel de depresión de los pacientes con tuberculosis es intenso con un 50%, moderado 25%, leve 15% y normal 10%.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar de sexo masculino poseen depresión intenso con un 30% y de sexo femenino un 20%.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar según el grupo etareo poseen un nivel de depresión intenso con un 15%, en tres grupos etareos de 18 -29; de 30 - 49 años y de 50 - 69 años. Seguido de una depresión moderada con un 15 % en edad de 18-29 años y un 10% de 30-49 años.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar según el grado de instrucción poseen nivel de depresión intenso con un 25% en

instrucción secundaria, seguido de un 15% primaria y 10% superior así mismo se tiene una depresión moderada de 20% en nivel secundaria y 5% superior.

Los pacientes con tuberculosis pulmonar según el estado civil se deprimen intensamente los de estado civil casados con un 35%.

## **5.2. RECOMENDACIONES:**

### **A las Instituciones de salud:**

Programa de sensibilización para desarrollo de afrontamiento eficaz de la Depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Capacitar en la humanización del cuidado enfermería en centros de salud, específicamente en pacientes con tuberculosis pulmonar y Depresión.

Realizar charlas educativas apropiadas de la enfermedad y asegurarse que los pacientes de tuberculosis asistan y sean tratados con dignidad y respeto.

Capacitar al personal de salud especialmente a aquel que trabaje en el programa de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, en aspectos de orientación y consejería en aspectos

Psicosociales a través de talleres u otros, con la finalidad de mejorar la relación con este grupo especial de pacientes.

Una profunda sensibilización del personal de salud, los voluntarios y otros administradores locales del sector salud respecto de las enormes amenazas de la creciente pandemia de la tuberculosis.

### **A LOS PROFESIONALES:**

Una mayor concientización del público respecto de la tuberculosis por conducto de los medios nacionales de difusión y la preparación y distribución de folletos y videos educativos

Prestar mayor atención al paciente enfermo con tuberculosis, ya que por su misma condición social, económica y familiar que lo rodea, hace que tenga depresión.

Diseñar y ejecutar un programa de información y educación con el paciente y la familia del mismo. Con el objetivo de que esta le brinde un soporte social efectivo, especialmente apoyo emocional.

Brindar al paciente con tuberculosis, una mayor atención en el área psicosocial, con el que se logrará incluir en los servicios de salud una efectiva atención integral a este grupo especial de pacientes

## Referencia Bibliográfica

1. Álvarez, G., Álvarez, J., Dorantes, J., Halperin, D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública México* 2000; 42: 520 - 528.
2. Harling G, Ehrlich R, Myer, L. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 492- 505.
3. *Revista Española Médico Quir* 2015; 20: 135-143. "Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis". Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/EMQ/2015/abrjun/depresion\\_funcionalidad.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/EMQ/2015/abrjun/depresion_funcionalidad.pdf).
4. Organización Mundial De La Salud: Informe mundial sobre tuberculosis 2014. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr14\\_execsummary\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf).
5. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú 2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 3 de diciembre del 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda\\_memoria\\_Lanzamiento\\_TB.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf)
6. Riquero P. "Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del Minsa Chiclayo, 2012" [Tesis]: Chiclayo: universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/393/1/TL\\_Riquero\\_Paz\\_Paula.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/393/1/TL_Riquero_Paz_Paula.pdf).

7. INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Disponible en :  
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
8. NTS N° /MINSA/DGSP- V.01.NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS disponible en :  
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048026.pdf>
9. Wendy Navas O.; María Jesús Vargas B.; ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓN EN CRISIS. Revista Cúpula 2012; 26 (2): 19-35. Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
10. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica; 2004
11. Zarragoitia Alonso I. La estigmatización en la depresión. ALCMEON. 2010; 16(3): 254-265
12. Lozano Ortiz JA. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. SEMERGEN. 2009; 35(1): 43-49
13. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31(111): 457-475
14. Heinze G. Nuevos retos en el abordaje de la enfermedad depresiva. APAL [en línea] [accesado el 2 de agosto de 2012]. Disponible en [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
15. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España; 2002

16. Perú, Ministerio de Salud. La Salud Mental Como Predictor De Adherencia Al Tratamiento Antituberculosis. 2012 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 7 de diciembre del 2014]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf>
17. Instituto nacional de salud mental disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>)
18. Franchi, Silvia: La depresion en el hombre Interdisciplinaria, Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines Buenos Aires, Argentina. vol. 18, núm. 2, 2001, pp. 135-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18011325002.pdf>
19. Consuelo Espinosa M, L Adriana Orozco Ramírez, J. Luis Ybarra S. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel
20. Alma Baena Zúñiga Maurilia Araceli Sandoval Villegas Celia C. Urbina Torres Norma Helen Juárez Sergio J. Villaseñor Bayardo: LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO; Revista Digital Universitaria 10 de noviembre 2005 • Volumen 6 Número 11 • ISSN: 1067-6079 disponible en [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
21. C Víctor T. Pérez Martínez; Nora Arcia Chávez Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor TRABAJOS ORIGINALES, disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_3\\_08/mgi02308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm)
22. Dr Rodolfo N. Otero, Depresion ¿Enfermedad o Indolencia? Blubok Publishing SL. 2012 1° edición, disponible en :

[https://books.google.com.pe/books?id=oLsjBQAAQBAJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs\\_pub\\_info\\_r#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=oLsjBQAAQBAJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false)

## **ANEXO 01**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

Por intermedio de la presente se invita a usted a participar en la investigación titulada: El Nivel De Depresión En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015. para la realización de la tesis de pre grado. Tiene como objetivo general, Determinar Nivel De Depresión En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015 siendo realizada por el estudiante Luis Enrique Yactayo Gonzales asesorado por la Mg. Enf. Giovanna Larraín Távara. Los datos obtenidos serán analizados solo con fines de la investigación, manteniéndose el anonimato, teniendo la libertad de suspender la colaboración en cualquier momento. La participación consta de una encuesta que durará 10 - 15 minutos aproximadamente; por lo que informado **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** a que se realice la encuesta.

Firmo la presente para dar fe a mi testimonio.

Chiclayo ----- de ----- del-----



USS



UNIVERSIDAD  
SEÑOR DE SIPÁN



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL  
CENTRO DE SALUD JOSÉ LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO, ENERO - JULIO 2015**

**Estimado paciente:**

Estimado Sr. (a), soy estudiante de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, en esta oportunidad me dirijo a usted para hacerle llegar la presente escala, cuyo objetivo: "Determinar el Nivel De Depresión En Pacientes Con Tuberculosis Pulmonar Del Centro De Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015. Es por eso le pido que sus respuestas sean lo más sincera posible, es de carácter anónimo. Agradeciendo de antemano su colaboración y participación.

## **INSTRUCCIONES:**

A continuación le entrevistare en base a las siguientes preguntas elaboradas, que tienen cuatro posibles respuestas de las cuales Ud. Responderá lo que crea correcto sobre la base de las siguientes alternativas:

**1 = MUY POCAS VECES.**

**2 = ALGUNAS VECES.**

**3 = MUCHAS VECES**

**4 = CASI SIEMPRE.**

Ficha de recolección de datos

### **Datos Generales:**

- **Edad:** \_\_\_\_\_ años.

**Sexo:** M ( ) F ( )

- **Grado de instrucción:** Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

- **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

Escala de Zung de Depresión.

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

ÍTEMS	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído				
2. Por las mañanas me siento mejor				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir.				
5. Como igual que antes.				
6. Aún tengo deseos sexuales				
7. Noto que estoy adelgazado (a)				
8. Estoy estreñado				
9. El corazón me late más rápido que antes				
10.Me canso sin motivo				
11.Mi mente está más despejado que antes				
12.Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				

13.Me siento intranquilo (a) y no puedo mantenerme quieto (a)				
14.Tengo confianza en el futuro				
15.Estoy más irritable que antes				
16.Encuentro fácil tomar decisiones				
17.Siento que soy útil y necesario				
18.Tengo tantas ganas de vivir				
19.Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto				
20.Me gusta las mismas cosas que antes				

## Anexo 02

ID	item01	item02	item03	item04	item05	item06	item07	item08	item09	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20
1	1	1	1	2	4	1	2	1	1	2	2	2	1	4	1	1	4	4	2	2
2	4	1	2	4	1	1	4	1	1	3	1	2	2	1	4	2	1	1	1	1
3	1	2	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	1	4	1	2	3	4	1	3
4	2	3	1	4	3	1	2	1	2	4	3	3	4	2	1	3	3	3	1	2
5	1	4	1	2	4	4	4	1	4	4	4	3	1	4	2	4	4	4	1	4
6	1	4	1	2	4	3	1	2	2	2	3	4	3	4	2	4	4	4	1	4
7	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
8	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	4	1	4	4	4	4	4	1	1
9	2	4	2	3	1	2	4	1	2	4	4	3	3	3	2	2	4	4	3	4
10	1	4	1	1	2	2	4	1	1	2	4	1	1	4	1	4	2	4	2	3
11	4	1	2	4	1	1	4	1	1	3	1	2	2	1	4	2	1	1	1	1
12	2	4	2	3	1	2	4	1	2	4	4	3	3	3	2	2	4	4	3	4
13	1	1	1	2	4	1	2	1	1	2	2	2	1	4	1	1	4	4	2	2
14	2	3	1	4	3	1	2	1	2	4	3	3	4	2	1	3	3	3	1	2
15	1	4	1	2	4	4	4	1	4	4	4	3	1	4	2	4	4	4	1	4

### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	15	100,0
Casos	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,805	20