

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN
TIPO DE TRATAMIENTO DE LA RED URBANA DEL
MINSA CHICLAYO, 2012**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PAOLA RQUERO PAZ

Chiclayo, 30 de Setiembre de 2014

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO DE LA RED URBANA
DEL MINSA CHICLAYO, 2012.**

Por


Bach. Riquero Paz, Paola


Presentada a la Facultad de Medicina- Escuela de Psicología de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADO POR


Mgtr. Mónica Lizetty Ciurizza Garnique
Presidente del Jurado


Lic. María Elena Dorival Sihuas
Secretario del Jurado


Lic. Lizzeth Aimée García Flores
Vocal del Jurado

CHICLAYO, 2014

Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del

MINSA Chiclayo, 2012.

Riquero Paz, Paola

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Resumen

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.

Palabras clave: Tuberculosis, depresión, multiresistente.

Abstract

This research had as objective, compare the levels of depression in patients with tuberculosis, according to the types of treatments of the urban network of the MINSA Chiclayo, 2012, the design used was non-experimental comparative. The Working Group was comprised of 120 patients diagnosed with tuberculosis. The instrument used was the inventory of depression by Aaron Beck, which measures the levels of depression, mild, moderate and severe. Among the most outstanding results, found that depression differs by types of treatment, found that patients who were treatment scheme 1, have low levels of depression mild to moderate; Unlike that receive the type of treatment of multi-drug resistant, who demonstrate high levels of moderate to severe depression.

Key words: Tuberculosis, depression, multiresistente.

Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012.

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 atentar contra su vida.

Por otro lado a nivel mundial la tuberculosis es considerada como uno de los problemas de salud más serios en Latinoamérica y especialmente en el Perú, realizando el estado esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir del grupo de los países endémicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y causa importante de muerte.

Actualmente en la provincia de Chiclayo, la tuberculosis, presenta una alta incidencia y prevalencia de las dolencias, obligando al paciente a diversos cambios en sus hábitos y estilos de vida, puesto que por referencia del personal de salud, un paciente contagiado por primera vez, su tratamiento oscila entre los 04 a 06 meses, pero si el paciente recae por abandono o por un descuido en sus hábitos alimenticios, la enfermedad se convierte en resistente, llamándose multiresistente, 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.

Así mismo, por ser esta, una enfermedad altamente contagiosa los primeros meses y de transmisión predominantemente aérea, se le prohíbe al paciente tener contacto con la sociedad, ya que al toser o hablar se expelen gotas que pueden contener uno o varios bacilos que se diseminan fácilmente por el aire, es así que el aislamiento va ocasionar en el paciente bajos estados de ánimo que le llevarían a desarrollar una depresión.

Según el Programa de Salud Mental dirigido por el MINSA, la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos, siendo la depresión una de las más frecuentes, ya que es el impacto de una enfermedad crónica, su larga duración, así como la desinformación de la misma, lo que va a generar que la persona desarrolle una depresión, presentando sentimientos de culpa, rechazo al tratamiento, entre otros.

Es así que surgió la siguiente interrogante, ¿Existe diferencia entre los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según tipos de tratamiento de la red urbana MINSA Chiclayo, 2012?

Es por ello que esta investigación, permitió evidenciar si la depresión se encuentra presente en los pacientes con tuberculosis y en qué medida varía la depresión según sus niveles (leve, moderada o severa), de acuerdo al tratamiento que el paciente reciba; sirviendo como predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento antituberculoso.

Los resultados obtenidos, también beneficiarán al sector salud, así como a los encargados del módulo de atención TBC, otorgándoles una visión general de la situación actual por la que pasan estos pacientes, para así brindarles una mejor atención, además de establecer estrategias de detección en un trabajo conjunto con el psicólogo.

Así mismo, en la práctica profesional del psicólogo, los resultados generados por esta investigación, permitirán elaborar intervenciones psicológicas de acuerdo a los niveles

de depresión que afecten a los pacientes con tuberculosis y un seguimiento continuo en cuanto a disminuir el riesgo de intensificar los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física. Y por ende mejorar la respuesta del paciente al tratamiento.

Finalmente, esta investigación sirve de aporte a la psicología clínica, y de antecedente para investigaciones futuras.

Es así, que el presente estudio tuvo como objetivo comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis según tipos de tratamiento de la red urbana MINSA Chiclayo, 2012.

Niveles de depresión en pacientes con tuberculosis

Antecedentes

Matos (1985), estudió a 200 enfermos con tuberculosis pulmonar ambulatorios del Hospital Hipólito Unanue, 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

depresión moderada; y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis.

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 N° 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 multidrogorresistente 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.

Tuberculosis

Definición

“La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos” (MINSAs, 2006)

M. tuberculosis, descubierto por Robert Koch en 1882, y también llamado por ello bacilo de Koch, su transmisión es directa de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados por el bacilo, que han sido eliminados por los individuos enfermos al toser o hablar, con un tiempo de generación de 20 a 24 horas, requiere de varias semanas antes de que sus colonias sean visibles en medios artificiales y llegue a producir síntomas.

La tuberculosis pulmonar es la afección del tracto respiratorio por *M. tuberculosis*, la principal y más común forma de la afección y para efectos epidemiológicos, la única capaz de contagiar a otras personas.

Diagnóstico de casos.

La OPS (1988), define a la “baciloscopía y el cultivo, como técnica fundamental en toda investigación bacteriológica, para la detección y diagnóstico de la tuberculosis, así como para el control del tratamiento antituberculoso, por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo”.

Tratamiento de la tuberculosis

El tratamiento se basa en diversos regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados en los decenios de 1970 y 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres prioridades

de los medicamentos antituberculosis: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

En el MINSA (2010), se elaboró “la modificación del sub numeral 7 Tratamiento de la Tuberculosis de la Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis” por la Dirección General de Salud de las personas.

Tipo de tratamiento Esquema 1

Es el esquema de terapia combinada, para aquellas personas diagnosticadas con la enfermedad y sin antecedentes de haber recibido tratamiento antituberculosis previo o, si lo recibieron, éste fue por menos de treinta días consecutivos. Este tipo de tratamiento farmacológico es considerado en dos fases y está diseñado con medicamentos de Primera Línea.

(Apéndice F)

Primera fase. Fase de inducción o bactericida, y dura del 1er al 4to mes, su administración es diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento, y su multiplicación rápida, previniendo la resistencia y con ello el fracaso.

Segunda fase. Fase de mantenimiento o esterilizante, y dura del 5to al 6to mes, es de administración intermitente, incluyendo un menor número de medicamentos, sin embargo suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

Tipo de tratamiento Multiresistente (MR)

Es el tipo de tratamiento que se le aplica al paciente que presenta una recaída en menos de seis meses de egresar como “curado” de Esquema 1 de tratamiento y, está diseñado con medicamentos de Segunda Línea.

(Apéndice G)

Depresión

Definición

Los estados de ánimo han de ser considerados con atención, pues manifiestan y afectan al núcleo esencial de la intimidad personal. (Consejo Pontificio para la pastoral de la salud, 2004)

Gonzales (2005), menciona que “todas las emociones del ser humano forman parte de un mecanismo de adaptación al medio, lo que no quiere decir, que logren siempre su objetivo”.

Este concepto nos indica que las emociones y los sentimientos de una persona, están condicionados por la forma en la que percibimos el mundo, a través creencias que actúan a modo de supuestos silenciosos en el filtrado de la información, y valores interiorizados provenientes de las pautas culturales en las que hemos sido educados.

Sin embargo, existen emociones patológicas, desproporcionadas en su intensidad e inoportunas en su aparición que se convierten en una fuente constante de sufrimiento, y todas ellas vinculan al sujeto a la doble realidad, externa y personal, en la que desarrolla su existencia.

Para ello, Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, Bayardo (citado en la Revista Universitaria, 2005) la depresión vendría a ser, una “enfermedad que afecta el organismo en su totalidad, es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto”.

A un concepto similar llegaron, Pino, Belenchón, Sierra, Lorenzo (2008), quienes refieren que un “trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza patológica, una reducción de la energía y disminución del nivel de actividad, y de su capacidad para

disfrutar, interesarse y concentrarse se encuentran reducidas, donde la autoestima y su confianza en sí mismo casi siempre están reducidas y a menudo éstas presentan ideas de culpa o de inutilidad”.

Esta investigación se basa en la visión desarrollada por Beck (1976), quien define a la depresión como un “trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionadas de la realidad que permanecen latentes, hasta que una situación estresante lo active”.

Modelo cognitivo de la depresión

Yapko (2007), sostiene que en personas con depresión, “mas valor tiene la interpretación que se le dá a una situación, que el problema en sí mismo, y esto influye sobre sus emociones, su comportamiento y sus respuestas fisiológicas”.

Por otro lado Chappa (2003), considera que las manifestaciones motivacionales, conductuales y físicas, reflejadas en síntomas como la inhibición, falta de energía, inercia y fatiga, tienen sus raíces en las constelaciones cognitivas depresivas.

Es decir, la falta de voluntad y la inercia se alimentan de expectativas de fracaso, de un sentimiento de auto eficacia empobrecido y de la percepción de sentirse incapaces de afrontar problemas y solucionarlos.

Las personas deprimidas no sólo perciben los aspectos negativos de las situaciones como se describe en la triada cognitiva, sino que tienden a ignorar lo positivo y compensatorio que la vida les ofrece.

Beck en 1979 (como se citó en Yapko, 2007), con un modelo cognitivo “postula tres conceptos básicos para explicar los componente psicológicos de la depresión, que es la triada cognitiva”, concepto que describe el perfil cognitivo de

la depresión condensando los patrones cognitivos centrales que se presentan en el cuadro depresivo, y consiste en los siguientes:

Visión de sí mismo

Las expectativas personales están revestidas de sentimientos de fracaso, aquí el paciente se ve enfermo, inútil, vacío, por lo que se critica constantemente, tendiendo a atribuir cualquier experiencia desagradable a sus defectos, sintiéndose incompetente, con un sin número de obstáculos, por lo que desea que otros asuman responsabilidades por él y piensa que no merece ser feliz

Visión del mundo y del entorno

Para la persona deprimida, el entorno aparece poblado de demandas irracionales, penas y frustraciones, los logros se perciben lejanos, no encuentra placer ni gratificaciones en el mundo que la rodea, debido a que piensa erróneamente en que será rechazada, y tiende a marginarse de la sociedad y el aislamiento refuerza la desesperanza, uno de los mayores factores de riesgo de suicidio.

Visión del futuro

La persona cree que los problemas persistirán o que empeorarán, el futuro se ve en forma pesimista y la desesperanza tiñe prácticamente todas sus experiencias, cuando se embarca en algún proyecto, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales, continuarán indefinidamente, las expectativas también suelen estar ensombrecidas por el fracaso.

Organización estructural del pensamiento depresivo

Los esquemas

Yapko (2007), señala que para entender el pensamiento depresivo es necesario hacerse algunas preguntas como ¿Por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes? ¿Qué lo conduce a no reconocer los factores positivos en su vida?

La misma situación puede ser evaluada en forma diferente por distintas personas, ya que el individuo tiende a seleccionar en forma automática estímulos específicos, con combinaciones diferentes, que le permiten conceptuar la situación, en general, se tiende a ser constantes en las respuestas dadas, ya que ciertos patrones cognitivos son estables y constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un conjunto de situaciones.

Este concepto, es respaldado por Yalom (1999), quien refiere que los “tipos de esquemas empleados determinan el modo en el que el individuo estructura distintas experiencias, las cuales constituyen la base para reconocer, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el sujeto”.

Es decir, a través de una matriz de esquemas, es que la persona categoriza y evalúa sus experiencias, y estos esquemas vendrían a ser las creencias que posee la persona, las cuales determinan la interpretación o la atribución de significados, que operarán en la expresión emocional y en las conductas.

Señalando que el procedimiento consciente o inconsciente, que se realiza a través de los esquemas (o estructuras de significado), generará una interpretación del hecho, modificando su situación original; aquí el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y no puede acudir a otros esquemas más adecuados.

Es decir, en la depresión, las conceptualizaciones del paciente acerca de determinadas situaciones, se distorsionan de un modo tal que se ajustan a los esquemas inadecuados predominantes.

Cuando estos esquemas subyacentes se activan, las actitudes, las conductas y las emociones, pueden conducir a que las auto profecías se cumplan, es decir si el paciente cree que será desgraciado sin la aprobación de los demás probablemente lo será, ya que él mismo conseguirá que se cumplan su supuesto, aun cuando los estímulos o circunstancias externos señalen lo contrario.

Las distorsiones cognitivas

Según Beck, 1976 (como se citó en Yapko, 2007) las personas con depresión casi siempre cometen errores de interpretación tanto de información como en la experiencia y es así que aumentan los sentimientos depresivos.

Las distorsiones cognitivas, son una forma de error en el procesamiento de información, estas distorsiones desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional, ya que estas percepciones empobrecedoras que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, serían las que determinan las creencias no

adaptativas que producirían la perturbación, y conllevarían a desarrollar depresión.

Clasificación de la depresión

La depresión se clasifica según Beck, 1976 (como se citó en Yapko, 2007) en tres niveles, los cuales son, depresión leve, depresión moderada y depresión severa, caracterizándose cada una de ellas con una sintomatología.

La OMS (1992), menciona a los Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE.10:

Depresión leve

La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Están presentes dos o tres síntomas del criterio B: humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas; marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras; falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

Depresión moderada

La persona con un episodio depresivo moderado tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, hasta sumar un mínimo de 6 síntomas: pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos recurrentes de muerte o

suicidio o cualquier conducta suicida, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición, alteraciones del sueño de cualquier tipo, cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Depresión severa

Este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, en algunos casos pueden aparecer síntomas psicóticos. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, con un mínimo de 8 síntomas.

Depresión y enfermedad crónica

La Asociación Americana de Psicología (2013) cita a Rosalind Dorlen, quien menciona que “las enfermedades crónicas pueden forzar a muchos cambios en el estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, o adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales”.

Al tener una enfermedad crónica, es posible que un inicio la persona se sienta triste debido a que está enfrentando una enfermedad que podría acortar su vida, causarle dolor o impedirle que vaya a trabajar o que viva independientemente, lo cual puede conducir a la persona a desarrollar una depresión.

Rodriguez (2005) refiere que los pacientes enfermos, que presentan cuadros depresivos, en algunos esta depresión puede ser grave y prolongada, con intensos

sentimientos de indefensión, desesperanzas, dependencias con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades”.

Por otro lado Oblitas (2006), menciona que existe fluctuación o variación emocional a lo largo de las fases inicial, intermedia y final de la enfermedad crónica, ocurriendo efectos significativos del tipo de enfermedad y en la fase en que se encuentra el paciente.

Depresión y tuberculosis

Según la Revista Andina (2000), la depresión en el Perú, constituye una amenaza para el tratamiento de la tuberculosis y por ello resulta importante que las personas afectadas, reciban atención psicológica para no afectar el cumplimiento estricto de la medicación, en lo cual radica la eficacia del tratamiento.

De igual manera, el psicólogo Milton Hernández Bustamante, (citado en la revista Andina, 2000) de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención Control de la Tuberculosis (ESN PCT) del Ministerio de Salud, sostuvo que el grado de compromiso y confianza hacia el tratamiento incrementa las posibilidades de curación, pero ello no ocurre, cuando los pacientes se deprimen, pierden la motivación y el optimismo.

Hernández, 2000 (citado en la revista Andina, 2000) considera que “la evaluación psicológica, permitirá identificar signos de alarma como, las alteraciones del sueño y el apetito, la irritabilidad, pérdida de energía y cansancio para realizar actividades que antes solían despertar interés, afirmando que la depresión no siempre se manifiesta con tristeza y llanto, como muchas veces se cree”.

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

Grupos de riesgo para reacciones adversas

Género

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009), la depresión es más común en mujeres que en hombres, ya que hay factores biológicos de ciclo de vida hormonales, y psicosociales que son únicos en la mujer, lo cual podría estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas en las mujeres.

La depresión en la población de sexo femenino, es dos veces más común que en hombres, ya que existen elementos biológicos o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres.

Por otro lado, Cochran y Rabinowitz (2000), menciona que los “del sexo masculino, 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.

Así mismo, Kochanek , Murphy ,Anderson,Scott,Deaths (2009), señala que los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados.

En conclusión según Molina (2011), en la mujer recaen, presiones sociales que ocasionan una depresión, como las responsabilidades en el cuidado, así como cambios hormonales como la pre menopausia y la menopausia, manifestando su depresión con sentimientos de desesperanza o desamparo, a diferencia del hombre que tiende a ser más reactivo a admitir que está presentando un cuadro depresivo, es así que no sólo la enfermedad sino que el alcohol y las drogas, así como el hábito socialmente de trabajar, generan una depresión que se manifiesta con irritabilidad e ira.

Pacientes antes tratados por TB

Existe mayor probabilidad de daño por el medicamento rifampicina asociada a reacción de hipersensibilidad que provoca liberación de inmunocomplejos.

Marco conceptual

Depresión

Beck, 1976 (como se citó en Yapko, 2007) define a la depresión como un trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad que permanecen latentes, hasta que una situación estresante lo active.

Tuberculosis

“La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos” (MINSAL, 2006)

Tipos de tratamiento de la tuberculosis

Según MINSAL (2010), hay dos tipos de tratamiento.

Tipo de tratamiento Esquema 1

Es el esquema de terapia combinada, para aquellas diagnosticadas con la enfermedad y sin antecedentes de haber recibido tratamiento antituberculosis previo o, si lo recibieron, éste fue por menos de treinta días consecutivos. Este tipo de tratamiento farmacológico es considerado en dos fases y está diseñado con medicamentos de Primera Línea. (Apéndice F)

Primera fase. Fase de inducción o bactericida, y dura del 1er al 4to mes, su administración es diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento, y su multiplicación rápida, previniendo la resistencia y con ello el fracaso.

Segunda fase. Fase de mantenimiento o esterilizante, y dura del 5to al 6to mes, es de administración intermitente, incluyendo un menor número de medicamentos, sin embargo suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

Tipo de tratamiento Multiresistente (MR)

Es el tipo de tratamiento que se le aplica al paciente que presenta una recaída en menos de seis meses de egresar como “curado” de Esquema 1 de tratamiento y, está diseñado con medicamentos de Segunda Línea.

(Apéndice G)

Variables e Hipótesis

Tabla 1. Depresión

Variable	Definición conceptual	Escalas	Ítems	Niveles
Depresión	Trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad. Beck, 1976 (cómo se citó en Yapko, 2007)	Tristeza	01	No depresión 0-7
		Proyección	02	
		Fracaso	03	
		Satisfacción	04	Depresión Leve 08-14
		Culpabilidad	05	
		Expectativa de castigo	06	Depresión Moderada 15-24
		Autovaloración	07	
		Autocrítica	08	Depresión Severa ≥ 25
		Ideas suicidas	09	
		Llanto	10	
		Irritabilidad	11	
		Interés social	12	
		Toma de decisiones	13	
		Aspecto físico	14	
		Voluntad de trabajo	15	
		Sueño	16	
		Fatigabilidad	17	
		Apetito	18	
		Pérdida de peso	19	
		Molestia física	20	
		Sexo	21	

Hipótesis

Sí existe diferencia entre los niveles de depresión según tipos de tratamiento que reciben los pacientes con tuberculosis.

Método

Tipo de estudio

La investigación es un tipo de estudio aplicado no experimental, debido a que no se posee control directo de las variables, ya que estas manifestaciones ya son existentes, es decir se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

Es una búsqueda empírica y sistemática, donde el investigador se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, sin intervenir sobre la variación de las mismas, generando un mayor conocimiento (Grajales, 2000).

Diseño de investigación

El diseño es de tipo comparativo, pues tuvo como finalidad comparar de manera sistematizada los niveles de depresión según los tipos de tratamiento que reciben los pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012.

Así mismo es un estudio de corte transversal, midiendo la prevalencia de la exposición y del efecto en un grupo de trabajo en un solo momento temporal, es decir permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

Grupo de estudio

El grupo de estudio, estuvo constituido por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis, los cuales se encontraban recibiendo tratamiento antituberculoso en todos los centros pertenecientes a las microredes de red urbana del MINSA. (Apéndice E)

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes varones y mujeres diagnosticados con Tuberculosis pulmonar con edades de 16 a 65 años

Pacientes que se encuentren en tratamiento en redes Urbanas MINSA en el periodo de 2012

Criterios de exclusión

Pacientes que presenten algún tipo de discapacidad física o mental.

Pacientes que se rehúsen a firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

Pacientes que llenen de forma errónea el cuestionario.

Procedimiento

Para el inicio de la evaluación, de manera personal, se les entregó un consentimiento informado, en el cual se remarca el anonimato de la evaluación, la confidencialidad de la información, así como la total voluntariedad de su participación en la investigación, con la total libertad de poder realizar las preguntas necesarias durante el proceso.

Posteriormente, se procedió a la entrega del cuestionario, dando las siguientes indicaciones.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe

mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Instrumentos

Para la recolección de datos de esta investigación, se hizo uso del siguiente cuestionario:

Inventario de Depresión de Aaron Beck.

Creado por Aaron Beck, Jhon Rush, Brian Shaw y Gary Emery, patentado en 1978 y publicado por primera vez en 1979; es un inventario de autoinforme, no obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Inicialmente desarrollado para la población clínica de pacientes adultos ambulatorios, sin embargo ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas: pacientes adolescentes y adultos con enfermedades, como no clínicas: adultos, adolescentes, estudiantes y ancianos.

“El inventario, fue diseñado para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión” (Beck et al., 1961, pp 53 y 61); se aplica en adolescentes y adultos. con edades que oscilen entre los 16 y 65 años, y su administración puede ser de manera colectiva e individual con un tiempo estimado de 15 minutos.

Constituido por 21 items, cada uno se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva, a veces se da la circunstancia de que la

persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado, en este caso se elige la puntuación de mayor gravedad.

Este test ha sido adaptado en la provincia de Chiclayo en pacientes oncológicos del H.R.D.M. de la ciudad de Chiclayo en el año 2006, además en la población de estudio se encontró una confiabilidad de 0.94 y una validez $p < 0.01$.

Aspectos éticos

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

Procesamiento y Análisis de datos

Para el procesamiento de datos, se utilizó el programa SPSS versión 18 (Statistic Packase for Social Sciences) haciendo uso de la prueba chi cuadrado, con una significancia de 0.05. Además se usó el alfa de crombach para determinar la confiabilidad, y la prueba t de student para muestras independientes, en el caso de la validez y percentiles para los baremos, con el propósito de descubrir si existe diferencia entre los niveles de depresión según tipos de tratamiento que reciben los pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012.

Resultados

De acuerdo a la evaluación realizada, se obtuvo los siguientes resultados en pacientes con tuberculosis de la red Urbana del MINSA Chiclayo, 2012.

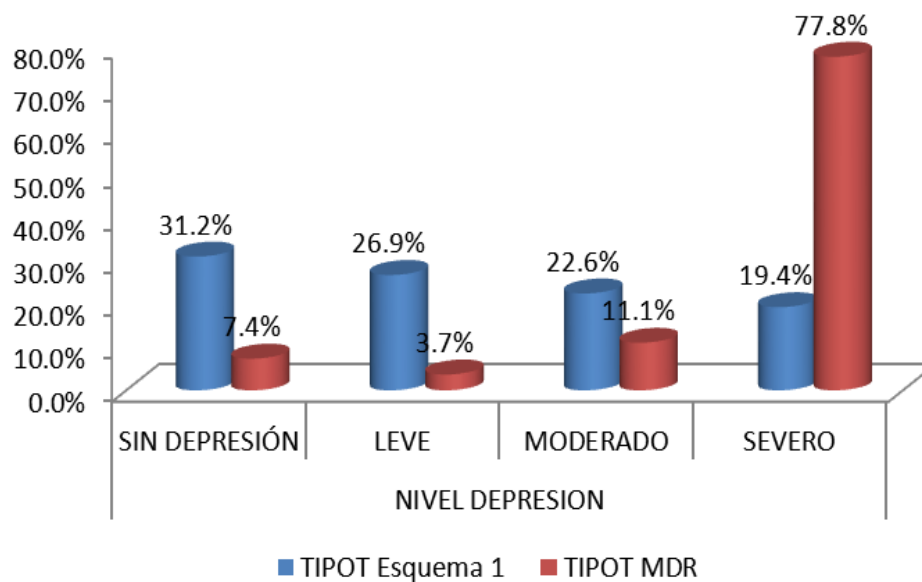


Figura 1. Nivel de depresión según tipo tratamiento en pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo 2012.

El 31.2% de pacientes con tuberculosis cuyo tratamiento recibido es el esquema 1 no muestran depresión, el 26.9% de pacientes muestran una depresión leve.

A diferencia de los pacientes que reciben el tratamiento multiresistente, un 77.8% muestran depresión severa, el 11.1% de pacientes muestran depresión moderada.

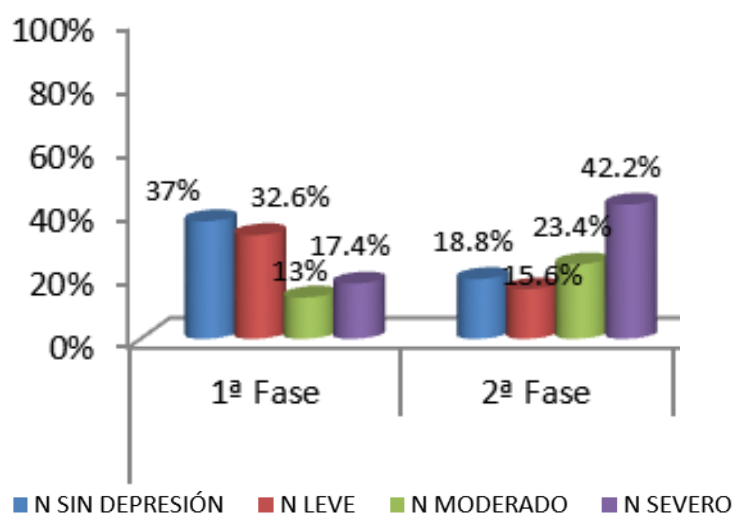


Figura 2. Nivel de depresión según fase de tratamiento de tuberculosis en pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo 2012.

Se encontró diferencias estadísticas entre los niveles de depresión según fases de tratamiento Esquema 1, en pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo 2012. ($p > 0.05$).

En la primera fase prevalece el nivel sin depresión con un 37% y el 32.6% con depresión leve, a diferencia de los que se encuentran en la segunda fase donde, predomina los niveles de depresión moderado 23.4% y severo con un 42.2%.

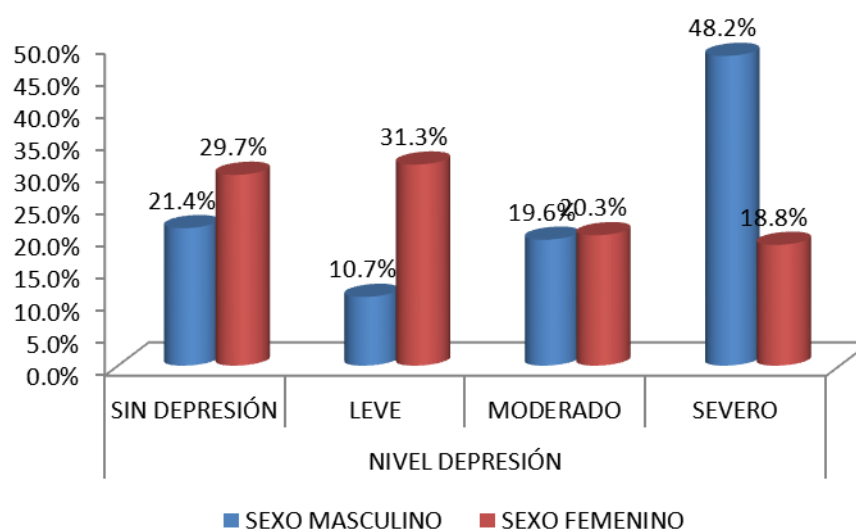


Figura 3. Nivel de depresión según sexo en pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo 2012.

Se encontró diferencias estadísticas entre los niveles de depresión según sexo en pacientes con tuberculosis de la red urbana del MINSA Chiclayo 2012. ($p < 0.01$).

El 48.2% de pacientes con tuberculosis de sexo masculino muestran depresión severa, un 19.6% muestran depresión moderada.

El 31.3% de pacientes con tuberculosis de sexo femenino muestran depresión leve, y un 20.3% muestran depresión moderada.

Discusión

El grupo de estudio, estuvo conformado por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, quienes se encuentran llevando un tratamiento en el Programa de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud de todos los centros de salud pertenecientes a la red urbana MINSa, Chiclayo.

Al comparar los niveles de depresión según los tipos de tratamiento, los resultados muestran que los pacientes que se encuentran recibiendo el tipo de tratamiento Esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; mientras que los pacientes que se encuentran recibiendo el tipo de tratamiento multiresistente, presentan altos niveles de depresión moderada a severa; lo que indica que las personas que reciben tratamiento multiresistente alcanzan niveles más altos de la depresión a diferencia de los que reciben tratamiento esquema 1, lo cual significa según Oblitas (2006) que existe una variación emocional a lo largo de las fases de una enfermedad crónica, existiendo efectos significativos del tipo de enfermedad y el tratamiento en el que se encuentre el paciente, esto resultados coinciden con la investigación de Miranda (2002), en donde se halló que los pacientes que reciben el esquema de tratamiento para tuberculosis multidrogorresistente alcanzan cuadros depresivos más severos, seguido del grupo de pacientes que reciben el esquema 1, al igual que Iwashita (1998) quien encontró un mayor porcentaje de depresión intensa en retratamiento y recaídas (MR), con depresión moderada y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis.

Por otro lado, dentro del tratamiento esquema 1, según sus fases de aplicación, los pacientes que se encuentran en la primera fase (1er - 4to mes), presentan bajos niveles de depresión y no depresión; a diferencia de los pacientes que se ubican en la segunda fase (5to – 6to mes), los cuales presentan altos niveles de depresión moderada a severa, lo cual indicaría que es el tiempo de duración del tratamiento y la prevalencia de las dolencias lo que

genera más síntomas depresivos en el paciente más que al inicio de recibir el tratamiento, “manteniendo reacciones emocionales no adaptativas , creando una disfunción sobre el estado de ánimo” (Oblitas, 2006), acompañado según Beck y Col, 1979 de un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida del interés por el mundo y de falsa esperanza por el futuro, (cómo se citó en, Bailón M., Cañas F., Heras J., López J., Polaino A., Poveda J. 1993).

Así mismo, se obtuvo que los pacientes de sexo femenino, presentan bajos porcentajes de niveles de depresión leve a moderada; mientras que los pacientes del sexo masculino, presentan porcentajes altos de niveles de depresión moderada a severa, lo cual indica que estos pacientes de sexo masculino demuestran niveles altos de depresión a diferencia de la mujeres, debido a la incapacidad para trabajar que genera sentimientos de culpa y retraimiento, asimismo, la desinformación y el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar, lo que al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad (Hernández, 2002), estos resultados coinciden con la investigación de Matos (1985) quien encontró que el sexo masculino presentan niveles de depresión leve a intensa, mostrando un mayor número en el nivel de depresión leve en lo que respecta al sexo femenino, al igual que Torres(1995) quien concluyó que la mayor incidencia de depresión lo denotan el grupo de los varones.

Conclusiones

Existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión en los dos tipos de tratamiento antituberculoso.

Los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve, a diferencia de los que se encontraban recibiendo el tipo de tratamiento multiresistente, los cuales denotan altos niveles de depresión moderada a severa.

Según, fase uno y dos del tipo de tratamiento Esquema 1, son los pacientes que se encuentran en la fase dos, los que presentan altos niveles de depresión severa.

En el grupo de pacientes con tuberculosis, las mujeres denotan niveles bajos de depresión a diferencia de los hombres que presentan niveles de depresión severa.

Recomendaciones

Brindar capacitaciones constantes al personal de salud que labore en el programa "todos contra la tuberculosis", respecto a la detección de pacientes con síntomas de depresión, además de cómo mejorar la relación médico - paciente, logrando que se sienta en confianza y su recuperación anímica y física sea exitosa.

Elaborar intervenciones psicológicas para la depresión, de acuerdo a los parámetros establecidos según el tipo de tratamiento, debido a que tienen perfiles distintos, lo cual haría que se logren satisfacer las necesidades del paciente, con el fin de mejorar su respuesta ante el tratamiento.

Elaborar un plan de cuidado y vigilancia para el paciente en un trabajo conjunto con las enfermeras encargadas del programa, donde se realicen charlas de prevención y psicoeducación acerca de la enfermedad, a los familiares y a los pacientes, previniendo la probable conversión de la tuberculosis a resistente, del abandono del paciente o el contagio en la familia.

Referencias

- Accinelli, R. y Barúa, L. (1981). *Tuberculosis pulmonar y depresión diagnósticos*. Revista del MINSA.
- Asociación Americana de Psicología. (2013). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>
- Baena, A., Sandoval M., Urbina C. y Juárez N., Villaseñor J. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. (Vol. 6). Revista digital universitaria. Pag.175-195
- Bailón, M., Cañas, F., Heras, J., López, J., Polaino, A. y Poveda, J. (1993). *No te rindas ante la depresión*. Recuperado de [http://books.google.com.pe/books?id=hCNh5BZCbrUC&pg=PA110&lpg=PA110&dq=Beck+y+Col+1979\).&source=bl&ots=TS-73qhvT&sig=ICrY0VjoE9rsodE8AEGVRKduPRQ&hl=es-419&sa=X&ei=N-OoU4aFH-mwsQS1o4DAAQ&ved=0CC8Q6AEwAw#v=onepage&q=Beck%20y%20Col%201979\).&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=hCNh5BZCbrUC&pg=PA110&lpg=PA110&dq=Beck+y+Col+1979).&source=bl&ots=TS-73qhvT&sig=ICrY0VjoE9rsodE8AEGVRKduPRQ&hl=es-419&sa=X&ei=N-OoU4aFH-mwsQS1o4DAAQ&ved=0CC8Q6AEwAw#v=onepage&q=Beck%20y%20Col%201979).&f=false)
- Beck, A., Ward, C., Menderson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry. Pág. 571– 651
- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivossocial*. Buenos Aires: Panamericana.
- Cochran, S. y Rabinowitz, F. (2000). *Los hombres y la depresión: perspectivas clínicas y empíricas*. San diego: Prensa académica.
- Consejo Pontificio para la pastoral de la salud, (2004). *La depresión, ¿Cuál es tu situación actual en el mundo? ¿Cómo emprender a la luz de la fé? ¿Cómo afrontarla?* Madrid: Palabra.

- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Front, I. y Cardoma, M. (2006). *Factores psicológicos de la depresión*.(Vol. 35). Revista Cubana.
- Galdó, G., García, M. y Redondo, C. (2008). *Atención al adolescente*. España: Universidad de Cantabria.
- Gonzales, J., Jervis, G. (2005). *La depresión dos enfoques complementarios*. Madrid: Fundamentos
- Grajales, T. (2000). *Tipos de investigación*. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Hernández, N. (2000). *Depresión puede dificultar éxito en tratamiento de tuberculosis, advierten*. Revista Andina – Agencia peruana de noticias
- Iwashita, A. (1998). *Aproximaciones Psicosociales de la enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en el Cono norte de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura en Psicología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima
- Mahoney, D. y Restak, R. (1998). *La estrategia de la longevidad, como alcanzar la edad madura en plena forma*. Barcelona: Kairos
- Markowitz, J. (2002). *Aprendizaje de nuevas psicoterapias*. Barcelona: Ars Médica.
- Matos, A. (1985). *Niveles de depresión en pacientes ambulatorios con tuberculosis pulmonar del Hospital Unanue. Tesis de Bachiller en Psicología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima
- Ministerio de Salud. (2006). *Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*. Lima: MINSA
- Ministerio de Salud. (2008). *Situación de la Tuberculosis en el Perú – Informe de gestión – Consolidado al año 2008*. Perú: MINSA

- Ministerio de Salud. (2010). *Actualización del Sub Numeral 7. Tratamiento de la Tuberculosis de la NTS N° 041 – MINSA/DGSP-V01. “norma técnica de salud para el control de la tuberculosis”*. Lima: MINSA
- Molina, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Liberduplex
- Morris, C. y Maisto, A. (2001). *Introducción a la psicología (10ª Ed)*. México: Pearson educación
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida (2ª Ed)*. México: Thomson
- Olivan, B., Montón, C., Magallón, R. y López Y. (2011). *Plantándole cara a la depresión ¿Cómo prevenirla y superarla?*. Barcelona: erasmus
- Organización Panamericana de la salud. (1988). *Manual de normas y procedimientos técnicos para la Bacteriología de la tuberculosis parte I la muestra. Nota Técnica N° 26/Rev. I*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/i/3/articulos/tuberculosis.html>
- Organización mundial de la Salud (OMS). (1992). *Décima revision de la clasificación internacional de enfermedades. CIE- 10. Trastornos mentales y del comportamientos*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de Salud (OMS) (2011). *La depresión*. México. Recuperado en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Hechos_Solidos.pdf
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Lorenzo, A. (2008). *Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. San Vicente: Club universitario
- Retamal, P. (1999). *Depresión (2ª Ed)*. Chile: Universitaria
- Robbins y Cotran. (2006). *Patología estructural y funcional (7ª Ed)*. Madrid: Elsevier.

Rodríguez, M. (2005). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis

Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión. En busca de la felicidad razonable*. España: Temas de hoy

Torres, A. (1995). *Valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el Hospital regional Honorio Delgado-Arequipa. Tesis de bachiller en Psicología*. Universidad de San Agustín: Arequipa

Valencia, A. (2003). *Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5, Arequipa Sur 2002. Tesis para especialista en Neumología*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima

Yalom, I. (1999). *Tratamiento de la depresión*. Barcelona: Gramica

Yapko, M. (2007). *Para romper los patrones de la depresión. No tienes porque sufrir para vivir*. México: Pax

Zárate, H. (1999). *Factores determinantes del Abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Tesis para de Bachiller en psicología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima



APÉNDICE A

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación esta conducida por Paola Riquero Paz, identificada con DNI: 46819435, con domicilio en Av. Burga Puelles N° 687 - Lambayeque, estudiante de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y cuenta con la autorización de la Universidad y Dirección Regional de Salud de Lambayeque.

Si usted accede a participar en este estudio, se le brindará una prueba, el cual mide los niveles de depresión, seguido de ello, se le pedirá leer atentamente y resolver preguntas de forma escrita e individualmente, de acuerdo a su preferencia o criterio personal. Esto tomará 15 minutos de su tiempo

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que crea conveniente en cualquier momento durante su participación en el mismo. Así como también, puede retirarse del procedimiento en cualquier momento sin que eso le perjudique de ninguna forma.

Desde ya agradecemos su participación.

Firma de la evaluadora

-

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

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

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

Chiclayo, _____, 2012

Firma del evaluado

Firma de la evaluadora

N°

APÉNDICE B**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE AARON BECK.**

Edad: _____ Sexo: F M

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1)
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2)
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.

- 3)
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4)
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5)
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6)
 - No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7)
 - No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8)
 - No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

- Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12)
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13)
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14)
- No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15)
- Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16)
- Duermo tan bien como siempre.
 - No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17)
- No me siento más cansado de lo normal.
 - Me canso más fácilmente que antes.
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18)
- Mi apetito no ha disminuido.
 - No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
- 19)
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

APÉNDICE C

**CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE AARON
BECK.**

Confiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.940	21

Validez

Grupo	N	Media	Desviación típ.
Bajos	29	2.10	2.381
Altos	24	37.67	7.191

Puntajes de Depresión	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	14.329	.000	-25.067	51	.000	-35.563	-38.411	-32.715
No se han asumido varianzas iguales			-23.199	27.178	.000	-35.563	-38.708	-32.419

	Medida de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tristeza	20.20	106.459	0.716	0.955
Proyección	20.13	108.409	0.701	0.955
Fracaso	20.31	109.143	0.574	0.957
Satisfacción	20.24	111.888	0.628	0.956
Culpabilidad	20.27	106.313	0.718	0.955
Expectativa de castigo	20.42	107.063	0.700	0.955
Autovaloración	20.18	108.956	0.636	0.956
Autocrítica	20.22	107.655	0.670	0.955
Ideas suicidas	20.62	106.722	0.747	0.954
Llanto	20.16	110.251	0.620	0.956
Irritabilidad	20.11	106.395	0.784	0.954
Interés social	20.36	107.162	0.760	0.954
Toma de decisiones	20.31	108.477	0.708	0.955
Aspecto físico	20.35	107.638	0.654	0.956
Voluntad de trabajo	20.33	107.595	0.759	0.956
Sueño	20.25	107.601	0.761	0.954
Fatigabilidad	20.18	108.707	0.688	0.955
Apetito	20.58	107.174	0.758	0.954
Pérdida de peso	20.62	105.907	0.748	0.954
Molestia física	20.05	105.529	0.778	0.954
Sexo	20.25	103.341	0.710	0.955

APÉNDICE D

BAREMACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE AARÓN BECK.

Nivel	Percentil	Puntaje	Percentil	Nivel
	1	0	1	
	2	0	2	
	3	0	3	
	4	0	4	
Sin Depresión	5	0	5	Sin Depresión
	10	0	10	
	15	3	15	
	20	5	20	
	25	7	25	
	30	8	30	
	35	9	35	
Depresión Leve	40	11	40	Depresión Leve
	45	12	45	
	50	14	50	
	55	15	55	
	60	17	60	
Depresión Moderada	65	20	65	Depresión Moderada
	70	22	70	
	75	24	75	
	80	25	80	
	85	34	85	
	90	38	90	
	95	43	95	
Depresión Severa	96	43	96	Depresión Severa
	97	46	97	
	98	50	98	
	99	52	99	

APÉNDICE E**NÚMERO DE PACIENTES POR CENTRO DE SALUD DONDE SE
APLICA EL PROGRAMA TODOS CONTRA LA TUBERCULOSIS**

MICROREDES	TOTAL DE PACIENTES
MICRORED CHICLAYO	30
MICRORED JOSE L. ORTÍZ	69
MICRORED SAN JOSÉ	2
MICRORED LA VICTORIA	19
TOTAL	120

Tratamiento Esquema Uno Duración: 6 meses (82 dosis)				
Fases	Duración	Frecuencia	Medicamentos y dosis	Total por enfermo
1ra	04 meses (50 dosis)	Diario, excepto domingos y feriados	Rifampicina x 300 mg 2 càpsulas Isoniacida x 100 mg 3 tabletas Pirazinamida x 500 mg 3 tabletas Etambutos x 400 mg 3 tabletas	R x 300 mg 164 cap. H x 100 mg 406 tab. Z x 500 mg 150 tab.
2da	2 meses (32 dosis)	Dos veces por	Rifampicina x 300 mg 2 càpsulas Isoniacida x 100 mg 9 tabletas	E x 400 mg 150

APÉNDICE F**TRATAMIENTO ESQUEMA UNO – MEDICAMENTO DE PRIMERA LÍNEA**

		semana		tab.
--	--	--------	--	------

APÉNDICE G

TRATAMIENTO MULTIRESISTENTE – MEDICAMENTO DE SEGUNDA

LÍNEA

Duración: 18 -24 meses

Fármacos	Siglas
Acido paramito salicílico (PAS)	150 mg/kg
Amikacina	15 mg/kg
Amoxicilina/ ácido clavulánico	20-40 mg/kg
Capreomicina	15 mg/kg
Ciprofloxacina	25 mg/kg
Claritromicina	7.5 mg/kg c/12 h
Clofazimina	100-200 mg
Etambutol	20-25 mg/kg
Estreptomicina	15 mg/kg
Etionamida	15 mg/kg
Imipenem/cilastina	c/6h
Isoniacida altas dosis	15 mg/kg x día
Kanamicina	15 mg/kg
Levofloxacino	10 a 15 mg/kg
Linezolid	10 a 30 mg/kg
Meroponem	20 a 40 mg/kg c/8h
Moxifloxacino	10 mg/kg
Pirazinamida	25 a 30 mg/kg
Rifabutina	5 mg/k/dosis
thiocetazona	
Thioridazina	20 mg/kg