



Universidad
Continental

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de
Psicología

Tesis

**Nivel de depresión según soporte social en
pacientes diagnosticados con tuberculosis
pulmonar frotis positivo**

Álvaro Alejandro Torres Salcedo

Huancayo, 2019

para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

ASESOR

Mg. Jorge Salcedo Chuquimantari

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la gran sabiduría que ha dejado en los seres vivos y que ha servido en quienes optaron por la salud mental y espiritual.

A mi madre Doris y mi padre José, por el apoyo incondicional que me ofrecieron desde el momento que inicié mi educación inicial hasta superior. Por la motivación que brindan a sus hijos para no amainarse en el camino.

A los docentes Universitarios, que me inculcaron el hábito de la lectura y aquellos docentes de primaria y secundaria que sus nombres no se me han quedado grabado pero sus enseñanzas, hasta el día de hoy.

DEDICATORIA

A mi asesor Mg. Ps. Jorge Salcedo Chuquimantari, por su paciencia para corregir los avances y sus conocimientos vertidos con total generosidad.

A los pacientes del Centro de Salud “La Libertad”, que se encuentran en una lucha constante para mejorar su salud, sin olvidar aquellos pacientes que dejaron de existir físicamente producto de la enfermedad, a pesar de ser una enfermedad tratable.

Alvaro Torres Salcedo

RESUMEN

El estudio titulado Nivel de depresión según soporte social en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo tuvo como objetivo conocer la relación entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud “La Libertad” siendo la hipótesis general: Existe relación negativa entre el Soporte Social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud “La Libertad”. Por tal motivo, se procedió a realizar una investigación de tipo descriptivo correlacional, con el diseño no experimental, cuya población y muestra fue censal conformada por 24 pacientes que recibieron tratamiento en el Programa de control de la Tuberculosis del centro de Salud “La Libertad”, utilizando como técnica la encuesta con el Inventario de Depresión Beck y “el Cuestionario de MOS” de Apoyo Social Percibido, los mismo que fueron validados por juicio de expertos. Los resultados obtenidos fueron que, el 62,7% presenta un nivel Máximo de apoyo social percibido, mientras que el 20,8% presenta un nivel medio de soporte social, y finalmente el 16,7% presenta un nivel mínimo. Por otro lado, el 62,5% no presenta Depresión, el 7% Depresión Leve, y el 8,3% presenta niveles de Depresión moderado.

Palabras Clave: tuberculosis pulmonar frotis positivo, depresión y soporte social.

ABSTRACT

The Tuberculosis is a infectious disease that produces certain physical disorders, which affects other areas related to depression and social support. Leaving sequels that will start mainly in the adherence to the treatment of the patient, being understood that if the patient presents certain difficulties of emotional or social type probably tends to the abandonment or the interruption of the treatment and in the worst of the Cases, to die. It has explored the field of variables such as pulmonary Tuberculosis positive smear, depression and Social support, and no research has been identified that manifest the probable relationship between the variables raised, so the present study had as General objective: To determine the relationship between social support and the level of depression in patients diagnosed with pulmonary tuberculosis positive smear of the Micro Health Network "La Libertad" being the general hypothesis: there is a negative relationship between the support And the level of depression in patients diagnosed with pulmonary tuberculosis positive smear of the Micro Health Network "La Libertad".

For this reason, a correlational descriptive type investigation was carried out, with the non-experimental design, whose population and sample was census formed by 24 patients who received treatment in the Tuberculosis control program of the center "La Libertad" health, using as a technique the survey with the inventory of depression Beck and the questionnaire of "MOS" of social support perceived, the same that were validated by trial of experts.

The results obtained were that, 62.7% have a maximum level of social support perceived, while 20.8% present a medium level of social support, and finally 16.7% have a minimum level. On the other hand, 62.5% has no depression, 7% mild depression, and 8.3% have moderate depression levels.

Key words: Pulmonary tuberculosis positive smear, depression and social support.

ÍNDICE GENERAL

ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPITULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	14
1.1. Planteamiento y formulación del problema.....	14
1.2. Enunciado del problema	19
A) Problema general	19
B) Problemas específicos	19
1.3. Objetivos de la investigación.....	19
A) Objetivo General	19
B) Objetivos Específicos	20
1.4. Hipótesis de la investigación	20
A) Hipótesis General	20
B) Hipótesis Específicas.....	20
C) Variables de la investigación.....	21
1.5. Justificación de la Investigación.....	21
1.6. Limitaciones de la Investigación	22
1.7. Delimitaciones de la Investigación.....	22
CAPITULO II.....	23
MARCO REFERENCIAL.....	23
2.1. Antecedentes del Problema	23
A) Antecedentes Internacionales	23
B) Antecedentes Nacionales.....	26
C) Antecedentes Locales	30
2.2. Bases Teóricas	30

2.2.1. Depresión	30
2.2.1.1. Causas de la depresión.....	33
2.2.1.2. Criterios diagnósticos	37
2.2.1.3. Depresión asociado a enfermedad física.....	42
2.2.1.4. Depresión y tuberculosis.....	42
2.2.1.5. Factores asociados a correr más riesgo en desarrollar depresión	43
2.2.2. Soporte social.....	43
2.2.2.1. Redes de apoyo	44
2.2.2.2. Tipos de apoyo.....	46
2.2.2.3. Dimensiones del soporte social.	46
2.2.2.4. Depresión y soporte social.....	47
2.2.3. Tuberculosis.	48
2.2.3.1. Cadena epidemiológica de transmisión	48
2.2.3.2. Agente causal.....	49
2.2.3.3. Reservorio y fuente de infección.	49
2.2.3.4. Mecanismos de transmisión.....	49
2.2.3.5. Huésped susceptible de enfermar	50
2.2.3.6. Detección y Diagnóstico de casos de tuberculosis.	50
2.2.3.7. Procedimientos para la detección del sintomático respiratorio.	54
2.2.3.8. Diagnóstico de casos.....	55
2.2.3.9. Definición de casos.....	55
2.2.3.10. Tuberculosis y factores sociales.	57
CAPITULO III.....	59
METODOLOGÍA.....	59
3.1. Método de investigación.....	59
3.2. Tipo de investigación	60
3.3. Nivel de la investigación	61
Figura 3: Relación negativa (inversa)	¡Error! Marcador no definido.
3.4. Diseño de investigación.....	61
3.5. Población	62
3.6. Muestra	62
3.7. Instrumentos y técnicas de investigación	63
3.7.1. Inventario de depresión de Beck	63
3.7.2. Cuestionario MOS de apoyo social.	66

3.8. Recolección de datos de la Investigación	68
3.9. Análisis de datos de la investigación.....	69
3.10. Datos demográficos de importancia	69
CAPITULO IV.....	73
PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	73
4.1. Nivel de Soporte Social	73
4.1.1. Nivel de soporte social por dimensiones	74
4.1.2. Nivel de depresión.....	78
4.2. Prueba de hipótesis	79
4.2.1. Prueba de hipótesis general.	79
4.2.2. Prueba de las hipótesis específicas.	81
4.2.2.1. Hipótesis específica 1 - apoyo emocional.	81
4.2.2.2. Hipótesis específica 2 - apoyo instrumental	82
4.2.2.3. Hipótesis específica - interacción social.....	83
4.2.2.4. Hipótesis específica - apoyo afectivo	84
4.3. Discusión de los resultados	85
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93
ANEXOS	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La triada cognitiva.....	33
Figura 2. Modelo Lewinsohn.....	35
Figura 3: Relación negativa (inversa).....	¡Error! Marcador no definido.
Figura 4. Flujo grama de recolección de datos.	68
Figura 5. Nivel de Soporte Social.	74
Figura 6. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Emocional.....	75
Figura 7. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Instrumental.....	76
Figura 8. Dimensión de Soporte social denominada Interacción Social	77
Figura 9. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Afectivo.....	78
Figura 10. Índice global de Depresión.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10	38
Tabla 2 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE – 10	39
Tabla 3 Diagnóstico diferencial de la depresión.....	41
Tabla 4 Criterios para el Diagnóstico de Tb en el adulto	52
Tabla 5 Criterios para el diagnóstico de Tb en el niño y adolescente.....	53
Tabla 6 Tipos de sintomáticos	54
Tabla 7 Casos de Tuberculosis pulmonar	56
Tabla 8 Dimensiones de depresión	64
Tabla 9 Interpretación según nivel obtenido por el paciente	65
Tabla 10 Índice global y dimensiones del cuestionario de MOS.....	67
Tabla 11 Sexo de los pacientes	69
Tabla 12 Edad de los pacientes	70
Tabla 13 Grado de instrucción de los pacientes.....	70
Tabla 14 Estado civil de los pacientes	71
Tabla 15 Ocupación de los pacientes	71
Tabla 16 Pacientes asistidos por el área de psicología	72
Tabla 17 Pacientes asistidos por el área de enfermería.....	72
Tabla 18 Nivel de soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo	73
Tabla 19 Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo emocional	74
Tabla 20 Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo instrumental.....	75
Tabla 21 Nivel de soporte social en la dimensión de interacción social	76
Tabla 22 Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo afectivo	77
Tabla 23 Nivel de depresión	78
Tabla 24 Correlación entre Soporte social y depresión	80

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar frotis positivo es una enfermedad infecciosa crónica causada por micro bacterias que se multiplican y atacan al pulmón, por lo general provoca una tos que dura tres semanas a más. Esta bacteria, es examinada mediante una prueba llamada “frotis”, cuya finalidad es determinar la presencia de bacterias en las flemas utilizando un porta objeto de vidrio teñido de un colorante especial. Es importante señalar que según la reacción el resultado indicará si es “Positivo o Negativo”.

Por otro lado, el presente trabajo de investigación parte de la gran preocupación en las entidades encargadas de la salud pública y bienestar de las personas. La denominada organización “Stop TB”, donde participan países con elevados índices de morbilidad de tuberculosis, expresaron la necesidad de tomar cartas en el asunto contra la TBC denominada como una de las principales enfermedades que causa fallecimientos en el mundo e implica impedimentos para el surgimiento y desarrollo de naciones; pese a que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha planteado estrategias de afrontamiento y cura en todo el mundo, las cifras de nuevos casos se vienen incrementando, a pesar de contar con medicamentos y tratamientos adecuados para combatir la enfermedad. Las medidas “preventivas promocionales” que se han implementado, han podido sumar para un cierto sector de ciudadanos en un gran porcentaje, pero nos encontramos con secuelas y factores causados durante y posterior al haber recibido tratamiento y diagnosticado con Tuberculosis Pulmonar, que probablemente no hayan sido estudiados. Una de ellas ha sido la importancia y el valor del “Soporte Social” que recibe y percibe el paciente, junto a los síntomas depresivos que podrían ir presentándose durante o después del tratamiento. Al tener estos dos aspectos, se puede generar una posible relación negativa inversa que fomente el menor número de casos.

Por tal razón, nace el interés de cotejar una cercana relación entre el nivel de Soporte Social y nivel de depresión, abordando en el primer capítulo el planteamiento de estudio,

teniendo como objetivo principal; determinar la relación entre el nivel de depresión según el soporte social del Centro de Salud “La Libertad”, con la finalidad de que, se pueda optar por estrategias adicionales al tratamiento médico.

En el capítulo II, se expone el marco teórico con antecedentes en tres niveles: Internacional, Nacional y Regional, además de las bases teóricas respectivas, y el marco conceptual de las variables de investigación. Capítulo III, describe la metodología y el diseño de investigación no experimental, de corte transversal, cuantitativo, correlacional negativo (de tipo inverso). La muestra de estudio compuesta por (24 pacientes) que han sido diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, que asisten al Centro de Salud “La Libertad”. Seguidamente el capítulo IV, da a conocer los resultados obtenidos y la discusión con los antecedentes. Los resultados permitieron resolver la hipótesis de la investigación planteada y también, conocer los niveles de depresión y la existencia de soporte social en los pacientes que asisten a tratamiento.

Finalmente se detallan conclusiones y recomendaciones correspondientes.

El Autor.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

Uno de cada tres habitantes del planeta está infectado con el bacilo de la tuberculosis, pero la mayoría no lo sabe, la tuberculosis puede alojarse en estado latente años y uno de cada diez personas infectadas llegan a desarrollar la enfermedad.

La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema importante de “Salud Pública”, tan solo en el año 2015 fallecieron más de 1.5 millones de personas, por esta razón ha sido ubicada como una de las diez causas de muerte en la categoría de enfermedades infecto contagiosas según el Instituto de Salud Global Barcelona (2015). (Instituto de Salud Global Barcelona, 2015, pág. 1)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017, pág. 10) ha determinado que el porcentaje de personas fallecidas ha disminuido entre el año 2000 y 2015, llegando a preservarse más de 49 millones de vidas, sin embargo, existen deficiencias que imposibilitan el correcto manejo de la enfermedad durante el tratamiento, donde solo el 83% de pacientes son curados efectivamente.

Se ha planteado disminuir la enfermedad de la tuberculosis en un 95% de casos nuevos y llevar un ritmo de efectividad de 10% anualmente, sin embargo, los estudios realizados en el

2015 manifiestan que solo se lleva una disminución de 2 a 3% anualmente, lo que imposibilita alcanzar la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud donde se incluye a Perú.

“La mayoría de muertes por Tuberculosis podrían evitarse con un diagnóstico precoz y un tratamiento apropiado”. (OMS, 2017, pág. 1) pero “sigue habiendo grandes lagunas en la detección y el tratamiento siendo el problema principal la financiación para la atención y la prevención de la enfermedad no cubriendo la cobertura sanitaria universal”.(OMS, 2017, pág. 2) . Para subsanar estos déficits, son necesarios más recursos; tanto de fuentes nacionales (especialmente en los países de ingresos medios); como de donantes internacionales (especialmente en los países de ingresos bajos).

La tuberculosis ubica al Perú como uno de los países que abarca el 5% del total de población de América Latina y el Caribe con pacientes enfermos de TB, seguidamente se encuentra Guyana, Bolivia y Haití respectivamente. Por esta razón, el gobierno del Perú ha iniciado medidas para combatir la enfermedad tanto en el sector económico, técnico y social para dejar de pertenecer a este grupo de países con serios casos de tuberculosis, según lo indica el Ministerio de Salud. (MINSA, 2016, pág. 19).

Por otra parte, según la entrevista que se hizo al doctor Domingo Palmero por la emisora Radio Programas del Perú donde se publica que: “Perú es el segundo país en Latinoamérica con más casos de tuberculosis (TB) y el primero, en cuanto a casos de TB resistente a las drogas o fármacos para combatirla”, aseverando que cada año aproximadamente 30 mil peruanos desarrollan la enfermedad y solo basta respirar para infectarse de tuberculosis, agregó además que, el costo de tratamiento en el Perú cuenta con un presupuesto de 400 millones de soles para el control de tuberculosis, oscilando el costo por cada tratamiento entre 30 a 40 dólares, mientras que en el caso de las personas con tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR), el tratamiento individual puede costar entre 3 000 y 4 000 dólares, que sin duda es asumido por el Estado. (Radio Programas del Perú, 2012).

En la Región Junín, el informe titulado “Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015” determinó que, en el año 2013 el número de casos nuevos fueron 792 personas y para el año siguiente fueron 711 personas con un índice de incidencia de 59,5 y 54,9 respectivamente, determinando que los departamentos con mayor número de casos son: Lima (incluyendo Callao), Loreto, La Libertad, Lambayeque, Ucayali, Ica, Junín y Arequipa. (MINSA, 2016, pág. 36).

Según el informe estadístico que realizó la Dirección Regional de Salud Junín, se determinó que existen 193 historias clínicas nuevas de TBC en un intervalo de edades de cero años a más, y 165 casos nuevos de TB en la Provincia de Huancayo, sugiriendo que las personas diagnosticadas con Tuberculosis están focalizadas en la ciudad de la Región Junín. DIRESA (2018).

En relación a todas las estadísticas puntualizadas, se han planteado distintas estrategias que han aportado a disminuir el número de personas infectadas por tuberculosis, sin embargo, algunos países se han quedado estancados y sus metas propuestas empiezan a estar fuera de alcance, habiendo deficiencias en la atención y prevención. Es por esta razón, en Rusia – Moscú/Ginebra se han reunido 11 países incluido el Perú, acordando tomar medidas urgentes para poner fin a la tuberculosis desde el año 2015 al 2030, nombrándose la estrategia: “Fin a la Tuberculosis”, precisando como principal objetivo: disminuir la cantidad de personas fallecidas en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% (casos nuevos) hasta el año 2030. OMS (2017).

No obstante, la enfermedad no es únicamente la que perjudica al paciente, puesto que el conocimiento de esta apertura ciertas actitudes que serán estresantes, y que por lo tanto afectarán y agravarán el funcionamiento individual de la persona, el problema no solo se limita a esto, sino también, se generan ciertos atributos o juicios sociales que en su mayoría son

desacreditantes, y en el transcurso fomentan actitudes discriminatorias que repercuten en el sentir de la persona.

Según, Libertad (2003, pág. 277) en el artículo denominado “Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad” menciona que,

según como asuma el paciente la enfermedad esta influirá en el estado emocional y su forma de afrontar la misma, percibiendo el hecho como perturbador, desafiante, peligroso, como un castigo o simplemente como una circunstancia que se debe de asumir con responsabilidad.

En función a lo mencionado, el paciente adopta su rol de enfermedad, por lo tanto, es necesario considerar las reacciones psico emocionales que se irán presentado durante y después del tratamiento, ya que sufren alteraciones que desequilibran el estilo de vida que tenían antes de conocer la enfermedad

En base a lo adherido en los últimos años, la depresión también se ha convertido en la prioridad del sector público a razón del incremento de pacientes nuevos y las consecuencias que genera en la sociedad sobre todo en mortalidad y morbilidad. Según los informes planteados por la OMS (2011) este mal ha afectado a aproximadamente 121 millones de individuos y es el mismo que ha provocado alrededor de 850 mil muertes durante el año, puesto que, se ha convertido en el trastorno mental más usual e incapacitante que repercute en el factor biopsicosocial.

Tan solo en el Perú, en el año 2009 el Colegio de Psicólogos señala que, de 100 peruanos 20 ha sufrido de depresión y peor aún, el 60% de 100 peruanos identificados con depresión no ha recibido ningún tipo de tratamiento siendo estadísticamente 30 veces más vulnerable al suicidio. (Yactayo, 2015, pág. 5) concluyó que,

en una muestra censal de 20 pacientes con tuberculosis pulmonar que, más del 50% de pacientes presentaba niveles de depresión intensos, 25% moderado, 15% leve y el 10%

restante; normal. Por lo cual, determinó que existen altos índices de depresión en los usuarios diagnosticados con tuberculosis pulmonar.

En otro orden, los pacientes asisten a los centros de salud indicando sus malestares físicos y éstos son diagnosticados a la brevedad en base a las evaluaciones necesarias; sin duda, las estrategias biomédicas se encuentran bien definidas, sin embargo, no se realiza ninguna evaluación psicológica que permita conocer el estado emocional del paciente paralelamente a su enfermedad, y peor aún, el personal no está capacitado para identificar posibles síntomas depresivos, por dos razones;

(a) No se solicita la evaluación de un psicólogo para determinar el estado emocional del paciente, (b) Solo es evaluado por el personal médico en base a sus síntomas físicos y hay poca probabilidad que este pueda identificar síntomas depresivos. Sumado a estas razones el paciente responde a sus síntomas físicos más no emocionales. En caso de manifestar algún síntoma, éste se verá limitado a diagnosticarse correctamente, puesto que, los médicos clínicos y profesionales tales como enfermeros o técnicos, a menudo tienen desconocimiento por su propia formación y por su enfoque práctico que no le permite reconocer una depresión como tal. (Margarita, 2002, pág. 14)

Así mismo, (Barra, 2004, pág. 238) manifiesta que: “La red de apoyo según la cantidad y calidad de sus interacciones sociales intervendrán en los mecanismos fisiológicos de forma negativa o positiva, más aún, pueden interferir en el funcionamiento de sus procesos psicológicos o conductuales”.

Un modelo para entender el párrafo, es la presencia del apoyo social que promovería conductas que sean adaptativas, tales como:

(a) buscar atención médica, (b) hacer ejercicio, (c) hacer dietas saludables, (d) desincentivar el fumar, (e) desincentivar el beber excesivamente. Sin embargo, podría ser desfavorable a su vez la privación de tal apoyo social, ya que expone a la persona a

un nivel mayor de estrés directo o mediante procesos psicológicos como son la ansiedad y la depresión. (Barra, 2004, pág. 238).

Entonces un paciente con tuberculosis que esté asociado a un trastorno depresivo necesita soporte social para adaptarse a los nuevos cambios de vida, y no solo para adherirse al tratamiento adecuadamente, sino también para no ser víctima de secuelas posterior al tratamiento.

1.2. Enunciado del problema

A) Problema general

¿Existe relación negativa entre soporte social y el nivel depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?

B) Problemas específicos

- ¿Existe relación negativa entre el apoyo emocional y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?
- ¿Existe relación negativa entre el apoyo instrumental y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?
- ¿Existe relación negativa entre la interacción social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?
- ¿Existe relación negativa entre el apoyo afectivo y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?

1.3. Objetivos de la investigación

A) Objetivo General

Determinar la relación existente entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

B) Objetivos Específicos

- Determinar el apoyo emocional y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Determinar el apoyo instrumental y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Determinar la interacción social y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- Determinar el apoyo afectivo y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

1.4. Hipótesis de la investigación**A) Hipótesis General**

Existe una relación negativa entre el Soporte Social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

B) Hipótesis Específicas

- H1: Existe relación negativa entre apoyo emocional / y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- H2: Existe relación negativa entre el apoyo instrumental y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- H3: Existe relación negativa entre la interacción social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.
- H4: Existe relación negativa entre el apoyo afectivo / y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

C) Variables de la investigación

a) Soporte Social.

El apoyo social ha sido estudiado y definido como: “las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”. López & Chacón (1999).

Sherboune y Steward (1991) menciona cuatro dimensiones relacionadas al soporte social, las cuales son: Apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social y apoyo afectivo.

b) Depresión.

Según Aaron Beck (1967) citado en Dahab, Rivadeneira, y Minici (2002), menciona desde el punto cognitivo que, la persona que experimenta síntomas depresivos muestra una visión negativa de su persona, del contexto en el que se encuentra y del futuro. Se ve como inútil, incapaz y en ocasiones defectuoso.

Según el Inventario de Depresión de Beck (BDI), se incluyen los niveles de depresión: No depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa.

1.5. Justificación de la Investigación

Dentro de la justificación teórica, se encuentran en la actualidad distintos puntos de vista e investigaciones sobre Soporte Social y Depresión, pero existe escasa teoría y poco reflejo de la importancia que genera el soporte social en los pacientes en tratamiento, por tal razón, esta investigación es justificable, ya que aporta con teoría respecto a las dos variables y precisa el impacto que generan las mismas en el proceso de tratamiento, por otro lado, rescata teoría base de hace más de 15 años atrás, los cuales son vigentes en la actualidad.

La presente investigación cuenta con las herramientas y recursos para ser ejecutada, y es altamente fiable al haber sido aprobada por los dirigentes responsables de la Estrategia Sanitaria contra la tuberculosis pulmonar para ser llevada a cabo.

En otro orden, es justificable en lo práctico, en base a que se ha observado distintos artículos mencionados en el planteamiento del problema, los ministerios de salud han dedicado su preocupación por disminuir los porcentajes de contagio y recurrencia de la enfermedad puesto que el costo de inversión se va incrementando año tras año. Por tal motivo, esta investigación busca contribuir con los profesionales encargados tanto de la salud física como mental, para mejorar el proceso de tratamiento antes y después de manera eficaz, logrando la integra salud del paciente en el mejor de los casos.

Asimismo, la investigación se justifica metodológicamente dado que se utiliza el método científico, de modo que, guía a las investigaciones; según las etapas establecidas que se deberán recorrer para tener un aporte válido desde el punto científico, por tal razón que se emplean recursos como instrumentos, que resulten fiables con el propósito que se conozca la relación entre soporte social y nivel de depresión.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Las limitantes en el transcurso de la investigación encontradas fueron: ausencia de ambientes adecuados para desarrollar los cuestionarios, el área de Estrategia Sanitaria no posee ambientes aislados según la norma, incumplimiento de algunos pacientes para realizar su tratamiento y escasas de información actualizada sobre todo respecto a Soporte Social.

1.7. Delimitaciones de la Investigación

La investigación se desarrolló en la ciudad de Huancayo, en el Centro de Salud La Libertad, Micro Red de la Red de Salud Valle del Mantaro en el año 2018.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

En el marco referencial detallamos los antecedentes de la investigación, en donde encontramos aportaciones significativas para la investigación, asimismo se presenta las definiciones teóricas que dan sustento académico hacia la investigación.

2.1. Antecedentes del Problema

A) Antecedentes Internacionales

Balcazar, Ramírez y Alonso (2015) desarrollaron la investigación “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis”, realizado en el Instituto de México del Seguro social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas – México. Tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en unidades de Medicina Familiar. Los métodos y materiales que usaron fueron los siguientes; se evaluaron a 38 pacientes diagnosticados con Tuberculosis que sean atendidos en Unidades de Medicina Familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; utilizando la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos y la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Se determinaron asociaciones causales con la prueba χ^2 .

Los resultados obtenidos fueron los siguientes; se encontraron síntomas depresivos en 94.7% de los casos, el tipo familiar de familia demostró ser un factor asociado con depresión, no así la funcionalidad familiar.

Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes: la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, por lo que es importante implementar medidas de apoyo en los pacientes que pertenecen a familias del tipo extensa para evitar síntomas depresivos.

La investigación presentó la influencia de la composición familiar para determinar si los pacientes con Tuberculosis tienen alguna repercusión en posibles síntomas depresivos, obteniendo como resultado general que los pacientes conformados por el tipo de familia extensa tienen mayor presencia de síntomas depresivos.

Mohammed, Sam, Imram, Nadeem y Waquas (2008) en su investigación titulada “La relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción de la enfermedad en pacientes con tuberculosis en Pakistán” tuvieron como objetivo determinar la presencia de depresión, ansiedad y percepciones de enfermedad en pacientes con tuberculosis (TB) en Pakistán. Los métodos utilizados fueron los siguientes: 108 pacientes ambulatorios consecutivos de tuberculosis completaron la escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS) y el Cuestionario de Percepción de Enfermedad (IPQ). Obteniendo como resultado que, de 108 pacientes, 50 (46.3%) estaban deprimidos y 51 (47.2%) tenían ansiedad. Las puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad se asociaron con un aumento en el número de síntomas informados (depresión HADS: $r = 0,346$, $p = <0,001$) consecuencias percibidas más graves (depresión HADS: $r = 0,279$, $p = 0,004$, ansiedad HADS: $r = 0.234$, $p = 0.017$) y menos control sobre su enfermedad (Depresión de HADS: $r = 0.239$, $p = 0.014$, Ansiedad de HADS: $r = 0.271$, $p = 0.005$). Llegando a la conclusión de que: Aproximadamente la mitad de los pacientes en nuestra muestra cumplían los criterios de depresión probable y ansiedad en función de la

puntuación de HADS. Las percepciones negativas de la enfermedad se relacionaron claramente con los informes de síntomas del estado de ánimo. Como se informa que la depresión y la falta de control percibido sobre la enfermedad en aquellos que padecen tuberculosis son predictores independientes de mala adherencia, se requieren más estudios para investigar su relación con la adherencia a la medicación.

Mayow y Olufolahan (2011) en la investigación titulada “Prevalencia de depresión en pacientes con tuberculosis en comparación con contactos familiares no tuberculosos que visitan la clínica DOTS en un hospital terciario nigeriano y su correlación con el patrón de enfermedad”, tuvieron como objetivo conocer la prevalencia de la depresión en pacientes con tuberculosis en comparación con controles no tuberculosos y su correlación con el patrón de la enfermedad. El método utilizado fue el siguiente: 88 pacientes con tuberculosis y 81 miembros de la familia que visitaban el Centro DOTS en el University College Hospital Ibadan Center fueron examinados por depresión. El nivel de depresión se evaluó usando la escala de depresión de “Hamilton” y se comparó con la gravedad de la tuberculosis pulmonar. Los resultados obtenidos fueron: La prevalencia de depresión fue de 45.5% entre los pacientes y 13.4% entre los miembros de la familia. La depresión fue más prevalente entre los pacientes que eran ancianos ($P = 0.001$), con enfermedad extensa ($P = 0.01$), de larga duración ($P = 0.03$), aquellos con tuberculosis de categoría 2 ($P = 0.003$), aquellos de una familia nuclear ($P = 0.01$) y pacientes que no estaban casados ($P = 0.02$). Llegando a la conclusión que: el impacto de las enfermedades crónicas como la tuberculosis se extiende más allá del daño físico. Incluye las consecuencias conductuales, en este caso la depresión, tanto para el paciente como para los cuidadores primarios. Por lo tanto, la atención de los pacientes con tuberculosis debe ser integral e incluir atención psiquiátrica de enlace consultivo.

Vinaccia y otros (2007) en su investigación titulada, “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar”,

donde tuvieron como principal finalidad evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social utilizando como método el siguiente: 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de edad de ambos géneros inscritos en el PCT (programa de control y prevención de tuberculosis) de Metro salud de Antioquia, Colombia, para evaluar la vida de vida se utilizó el Cuestionario DUKE-UNK. Se obtuvo como resultado que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social; llegando a la conclusión que hubo alta fiabilidad en todo el estudio con un alfa de Cronbach superior a 80.

B) Antecedentes Nacionales

Torres M. (2002) en su investigación titulada “Estudio comparativo en Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte Social”, planteó como objetivo identificar la relación que existe entre la depresión y el soporte social en los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo conformado por los grupos de nunca tratados, recaídas y crónicos en el año 2002. El tipo de investigación fue descriptivo, comparativo correlacional, conformado por una muestra de 175 pacientes varones. Los resultados obtenidos fueron que, el 58,8% del grupo de nunca tratados manifestaba niveles de depresión leves, mientras que el 47,3% de enfermos antes tratados poseía el mismo nivel diferenciándose en los síntomas como; preocupación por la enfermedad, sentimientos de culpa, ideas de ser castigado, niveles bajos de deseo sexual. En relación al soporte social, señalando que el 74,5% de los enfermos antes tratados percibía un nivel bajo de percepción, mientras que el 51,8% de los pacientes nunca tratados de la misma manera, concluyendo así que, los pacientes que han sido tratados tienen mayores niveles de depresión y menores niveles de soporte social.

Carranza e Ibáñez (2016) en su investigación titulada “Efectividad del soporte familiar para incrementar la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis “, tuvo como objetivo; encontrar las mejores evidencias disponibles respecto a la eficacia del soporte familiar

para aumentar la adherencia al tratamiento del paciente con TBC. El método utilizado fue en base a un estudio sistemático de 10 artículos científicos internacionales y nacionales, en idioma español. Los resultados obtenidos de la investigación realizada fueron que, al encontrar las mejores evidencias en investigaciones ya culminadas, determinaron que del total de 10 artículos científicos de 4 autores internacionales y 6 nacionales agregaban conocimientos nuevos al problema de estudio. Llegando a la conclusión que, del total de 10 artículos revisados sistemáticamente, el 90% (n=9/10) evidenciaron que el soporte familiar es vital para incrementar la adherencia al tratamiento del paciente con TBC. El 10% (n=1/10) de los artículos refieren que se deben considerar otros aspectos de la problemática a la no adherencia como son las percepciones de los pacientes respecto de la enfermedad, el estigma, la influencia del entorno social y familiar.

Quispe (2016) en su investigación titulada “Participación familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa TBC de la red asistencial EsSalud Tacna – 2016” tuvo como diseño; no experimental con el método hipotético deductivo mediante el paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo – correlacional. Teniendo como objetivo determinar cómo se relaciona la participación familiar con las relaciones intrafamiliares, en pacientes con tuberculosis, pulmonar. Se utilizó la encuesta para ambas variables, en cuanto a la herramienta se utilizó dos instrumentos de medición: el cuestionario elaborado por Suárez, y la escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares obteniendo como resultado que el 55% de pacientes presentan una participación familiar medianamente favorable entendiéndose que carecen de apoyo económico, afectivo y en el tratamiento hacia el paciente. Respecto a las relaciones intrafamiliares, se determinó que el 55% de pacientes percibe que hay buenas relaciones, pero aún existen dificultades y carencia de unión, apoyo y expresión. Finalmente se llegó a concluir que el 50% percibe que sus relaciones intrafamiliares

son medianamente favorables y que la familia participa, pero existen carencias como el apoyo económico y/o emocional, en el tratamiento.

Peña (2007) en su investigación titulada “Factores Socioculturales e Institucionales relacionados a la Depresión en Pacientes en tratamiento contra la tuberculosis en el Centro Materno Infantil San José Lima – 2007”. Tuvo como objetivo determinar y los factores socioculturales tiene relación con los niveles de depresión y también determinar que niveles de depresión presentan los tratantes que se encuentran recibiendo tratamiento de Tuberculosis. El método de la investigación fue de carácter cuantitativo, descriptivo y diseño correlacional, se utilizó como método de recolección de datos un cuestionario para recolectar factores socioculturales e institucionales y el test de Zung para determinar el grado de depresión en pacientes con Tuberculosis, estos instrumentos fueron validados por juicio de expertos. Determinando que hay una relación directa entre los factores socioculturales e institucionales y se correlaciona con los grados de depresión que presentan los pacientes en tratamiento con la tuberculosis, finalizando que la dimensión concerniente a la interacción social es la que mayor influencia ejerce en el aislamiento del paciente en tratamiento contra la tuberculosis.

Córdova (2015) en su investigación titulada “Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015”, tuvo como finalidad indagar la relación entre los niveles de depresión y soporte social en los pacientes del programa de tuberculosis pulmonar. La estructura y diseño a investigar es no experimental de tipo transversal correlacional con un muestreo no probabilístico con criterios de inclusión y exclusión, con 31 pacientes del Programa de Tuberculosis. El instrumento utilizado fue la Escala de Soporte Social MSPSS, que consta de dos dimensiones (soporte de amigos y soporte familiar) y el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 reactivos. Las conclusiones a las que se llegó en la investigación fueron de que, el 32.3% de los pacientes presentaban depresión mínima o ausente, en cuanto a depresión leve un 29.0% y 25.8% depresión

moderada, 12.9% depresión grave. Por otro lado, se determinó que el 51.6% presentaba soporte social moderado y el 29.0% percibía un nivel bajo de soporte social. Determinando que la correlación de Pearson mostraba correlaciones indirectas significativas entre las variables y sus dimensiones.

Valencia (2003) en su investigación titulada “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002”, planteó como objetivo fijar la relación que existe entre tuberculosis y depresión, se usó el Inventario de Depresión de Hamilton además de una ficha para los datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes. La muestra fue de 90 pacientes portadores de tuberculosis en sus diferentes tipos durante el año 2002. Se determinó que en su mayoría el 83.34 % por pacientes donde sus edades oscilan entre los 15 y 44 años de edad, que son afectados en su mayoría por varones y más del 50% tienen estudios secundarios, son solteros y poseen un trabajo independiente, contando con los servicios básicos. Por lo que determinó que existe relación directa entre la Tuberculosis y la depresión en la población.

Riquero (2014) en su investigación titulada “Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012” tuvo como objetivo comparar los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis en base al tipo de tratamiento que brinda la red urbana del Ministerio de Salud en la ciudad de Chiclayo en el año 2012, el diseño que se utilizó fue comparativo de tipo no experimental conformado por 120 pacientes. Las herramientas utilizadas fueron los instrumentos como el Inventario de Aaron Beck. Los resultados obtenidos fueron que la depresión varía según el tipo de tratamiento que recibe, ya que los pacientes del esquema I presentan niveles bajos de depresión oscilando de leve a moderada, sin embargo, los que reciben tratamiento multiresistente presentan niveles de depresión moderada a severa.

C) Antecedentes Locales

Montero y Salvatierra (2008) en su investigación titulada, “Niveles de depresión y autoestima en pacientes con tuberculosis sensible y multidrogorresistente del hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo 2008”.

Donde examinó la probable relación entre el nivel de autoestima y depresión en personas diagnosticadas con tuberculosis sensible y multidrogo resistente. El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional no experimental, con una población de 17 pacientes que reciben tratamiento. La técnica utilizada fue la encuesta y la psicometría siendo el cuestionario simple de datos generales además del “Test de Autoestima” diseñado por Cirilo Toro y depresión de Beck. El resultado obteniendo fue que el 89% de pacientes presentaba autoestima baja positiva y el 12.5% de pacientes con tuberculosis sensible presentaba también autoestima baja positiva, concerniente al nivel de depresión se determinó que el 89% de los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente presentaba depresión en sus diferentes grados, mientras que el 25% de los pacientes con tuberculosis sensible tiene depresión moderada.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Depresión

La palabra depresión viene del latín depressus, que se entiende por abatimiento o abatido, por lo que es un estado de infelicidad, pudiendo ser transitorio o mantenerse el tiempo.

En la actualidad, el término depresión ha sido investigado y enriquecido a través de los años, por esta razón se verá las diversas definiciones planteadas por diferentes autores y enfoques psicológicos.

Sin antes mencionar que, el término y el significado de depresión y tristeza en la actualidad no son específicos, ya que al parecer se confunden los términos como iguales por esta razón, es necesario contrastar y diferenciar depresión y tristeza.

- a.** Alonso (1988) refiere que, entre los términos planteados existen ciertas diferencias concisas. La tristeza por su lado, se convierte en un sentimiento displacentero pasajero que surge por circunstancias de la vida, mientras que la depresión se da por un cuadro patológico. El autor, menciona, que el paciente depresivo no identifica la causa de su sufrimiento, a diferencia de aquellos que manifiestan tristeza, puesto que sufren por un motivo concreto identificado. (Martinez, 2008, pág. 11)
- b.** Mackinnon, Michels (1971) añade que la depresión está asociado a sentimientos de indefensión y amor propio aminorado, donde todas las experiencias del sujeto tanto como emocionales, sociales, cognoscitivas fisiológicas, podrían en algún momento verse afectadas. (Martinez, 2008, pág. 12)
- c.** Navarro (1990), indica que “la depresión se interpone en la creatividad de la persona y que disminuya el placer por realizar sus actividades laborales, académicas, pasatiempos habituales y otra serie de actividades que anteriormente le generaban placer”. (Martinez, 2008, pág. 12) . Quiere decir que se experimenta una sensación de malestar, y se manifiesta a través de la tristeza y angustia, asociado con los cambios de humor en su mayoría frustración.
- d.** Rojas (2006) señala que, “la depresión puede representarse como un grupo de enfermedades que pueden ser heredadas, con una sintomatología predispuesta, donde se suman cambios de tipo somático, conductual, cognitivo y psicológico”. (Martinez, 2008, pág. 13)
- e.** Kenedy, Lamm, O’Donovan (2009), indican que la depresión se presenta como un conjunto de síntomas tales como tristeza, irritabilidad, decaimiento, apatía, desesperanza, anhedonia y sensación subjetiva de malestar a las exigencias de la vida, todo esto será diferente en cada persona, ya sea mayor o menor grado.

Manifiesta además que se asocian también síntomas no solo afectivos si no también cognitivos, volitivos y somáticos, por lo cual se habla de una afectación global a nivel psíquico y físico en la persona, otorgando mayor énfasis en el aspecto afectivo. (Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014).

El modelo de la Terapia Cognitiva para la depresión:

LA TRIADA COGNITIVA

Beck (1979), plantea que, el paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- a. Visión negativa de sí mismo: se auto considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- b. Visión negativa de sus experiencias: percibe las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Las pequeñas actividades se transforman en un esfuerzo terrible y tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- c. Visión negativa del futuro: mira el porvenir oscuro, solo asume que vendrán cosas peores, le cuesta pensar con un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza. (Camacho, 2003)
- d. Aaron Beck (1967), desde la perspectiva cognitiva refiere que, la persona con depresión muestra una “visión negativa sobre sí mismo, de su entorno y del futuro”, conocido como la triada cognitiva. La persona con depresión revela además incapacidad e inutilidad sobre sí mismo, adherido a esto se siente despreciable y defectuoso. Interpreta a su espacio como si fueran hacerle daño y en ocasiones pérdida en la mayoría de sucesos propios, asociando el futuro como experiencias que ofrecerán fracasos y frustraciones. Agrega que, el paciente se siente

desesperanzado y cree que las situaciones que están por llegar serán incontrolables; asumiendo una posición pasiva y resignada, dado que ya que no podrá modificarlas. (Dahab, Rivadeneira, & Minici, 2002, pág. 2)

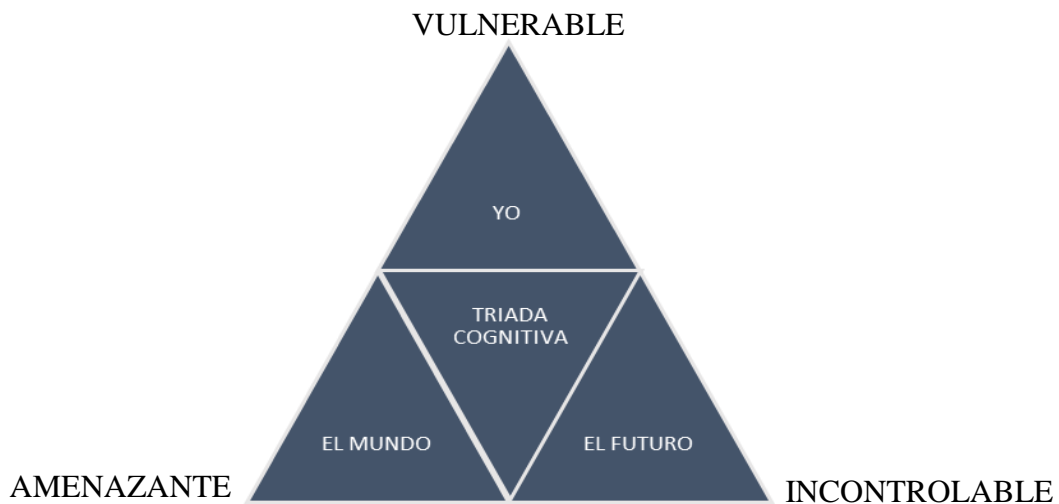


Figura 1. La triada cognitiva

Nota: En la figura Número 1, se muestra como el paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos.

2.2.1.1. Causas de la depresión.

A. Explicaciones psicodinámicas.

Abraham y Freud (1912), estudiaron la depresión y ambos acertaron en algunos rasgos comunes respecto a los pacientes diagnosticados con síntomas depresivos. Encontrando; la reacción a la pérdida de un ser querido un estado de ánimo doloroso, bajo interés por los estímulos del mundo exterior, incapacidad para amar e inhibición de todas las funciones. (...) Freud además desarrolló un trabajo titulado “duelo y melancolía” donde señala que el duelo nace por la pérdida a causa de la muerte y la melancolía a su diferencia surge por la pérdida de otro tipo. Gelder, Gath, Mayou, (1993) citado en (Martinez, 2008, pág. 23)

Según Freud (1912) citado en Martinez (2008, pág. 24) plantea que,

la razón de que existan depresiones es netamente psicológica. Por tanto considera que, el estado del ser humano es una forma de adaptación que principalmente funciona como

mecanismo de defensa. Este concepto se da en base a una manifestación de hostilidad hacia el prójimo amado al que se perdió en la niñez, habitando una manifestación de rechazo hacia el objeto de amor desaparecido. Este resentimiento generado hacia el sujeto perdido, genera sentimientos asociados a la culpa, y como defensa revierte contra su persona dichos sentimientos de ira.

B. Explicaciones conductuales.

Sarason (1975), indica que, la depresión es el resultado de las modificaciones respecto a los premios y castigos recibidos en el proceso de desarrollo de sus vidas; entendiendo que la manera de apoyarlos es diseñando patrones donde se refuercen favorablemente. Los investigadores conductistas del aprendizaje han visualizado a la depresión como el bajo reforzamiento de tipo social, como por ejemplo; el bien monetario, el reconocimiento y el afecto. (Sarason, 1975 citado en Martinez, 2008).

Davison y Neale (1983) citado en Martinez (2008) describieron un diseño hecho por Lewinsohn, donde plantean que la sensación y síntomas de depresión, asociados a la fatiga por ejemplo pueden mostrarse cuando una conducta obtiene pocos o ningún reforzamiento y los escasos refuerzos positivos conllevan a disminuir la dosis de actividad obteniendo una vez más escasos reforzadores. Según Lewinsohn la cantidad de reforzadores positivos va a estar regido a tres conjuntos de variables: (a) Serán suministrados según los rasgos de cada persona, tales como los años, el sexo y/o el atractivo que muestre hacia los demás, (b) el contexto en el que se ubique la persona (c) repertorio de conductas que puedan ser reforzadas.

A continuación se presenta el modelo planteado por Lewinsohn.

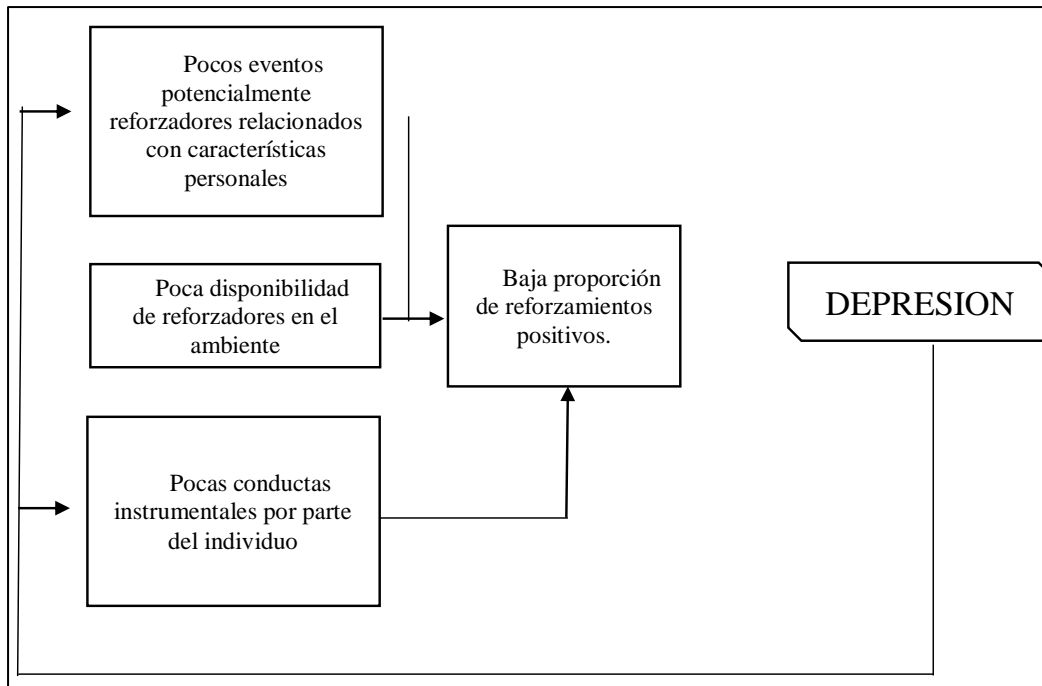


Figura 2. Modelo Lewinsohn.

Nota: Explicación Conductual. Fuente: Tomado de Davison y Neales citado en (Martinez, 2008).

C. Explicaciones genéticas.

Gelder y Cols (1993) manifiestan que gran parte de las investigaciones realizadas con integrantes de la familia, enfocados hacia los padres, hermanos incluso hijos con síntomas depresivos, poseen un riesgo que apunta al 10% y 15% de padecerla, a diferencia de la población general que oscila entre el 1% al 2%. (Martinez, 2008)

McGufin y cols (1996) citado en Martinez (2008) determinaron que, por ejemplo “los gemelos homocigóticos poseían un cierto porcentaje de sufrir una depresión en un 46%, a diferencia de ciertos gemelos dicigotos que, podían sufrir una depresión en un 20% de probabilidades”. (pág. 35).

Se hipotetiza que en la base respecto a las herencias complejas se inmiscuyen una lista de genes de efecto relativamente menor, los mismos que estarían asociados por una gran cantidad de factores asociados al ambiente; y este componente genético ligado a una primera aproximación que sería la familia. Mitjans y Arias (2012), menciona que, una de los más sencillos acercamientos es la familia; partiendo de que la prevalencia de la enfermedad será

más elevada dentro del contexto familiar más que en la población, y mientras más sea el nivel en términos de porcentaje que se compartan con el sujeto diagnosticado con depresión existirán más probabilidades de riesgo para desarrollar el trastorno quiere decir que la constancia y acercamiento podrían ser determinantes. (Mitjans & Arias, 2012)

D. Explicaciones biológicas.

Gran cantidad de personas que en algún momento ha experimentado ciertos síntomas depresivos, ha relatado que se sufren alteraciones bioquímicas. En la actualidad se han propuesto teorías donde describen una de las causas de la depresión, la que se da en base a un desequilibrio de los neurotransmisores, donde participan factores biológicos alterándose específicamente; “los circuitos de noradrenalina, serotoninérgicos y dopaminérgicos pertenecientes al SNC (Sistema Nervioso Central); asociado a cambios en el funcionamiento del tallo cerebral, hipotálamo y las estructuras del sistema límbico”. (Martinez, 2008).

E. Explicaciones psicosociales.

Bennet (2003) indica que, a lo largo del tiempo se ha podido demostrar que ciertos niveles de estrés social contribuyen al riesgo de sufrir síntomas depresivos o depresión como tal. Los teóricos socioculturales plantean que, está directamente dirigida por el contexto donde habita la persona, en el que vive, asociados al tipo cultura, raza y sobre todo el apoyo social percibido. (Martinez, 2008)

Diaz, Torres y Cols (2006) citado en Martinez (2008) refieren y concluyen, que existen diversas causas para la aparición de un trastorno depresivo, en ellas se encuentra el divorcio, el desempleo, el sentir o creer que habita en “clases inferiores”, la pobreza y el aislamiento (...) manifestando que, se ha incrementado el riesgo respecto a la depresión mayor producto del aumento de sensibilidad en las personas frente a hechos estresantes que la vida nos presenta.

Un estudio realizado por Goodyer y Cols (1997) y, Moos y Cronkite (1999) determinaron que, “los sujetos con depresión que padecen de apoyo ya sea emocional o social,

son más propensos a sufrir una depresión más prolongada; a diferencia de quienes cuentan con amistades o relaciones mucho más estables”. (Martinez, 2008, pág. 27).

Halgin y Krauss (2005) plantearon una teoría conocida como interpersonal donde proponen una serie de pasos que contribuyen y dan paso a una depresión, entre estos el primer paso se da en base a los fracasos de la persona durante los primeros años de la infancia, al conseguir ciertas destrezas que son indispensables para facilitar y mantener relaciones íntimas favorables; cuando el individuo fracasa por ende genera una sensación de desesperanza, aislamiento y depresión. “Debido a las habilidades sociales pobres esta se reafirma y genera más rechazo por parte de su entorno, aseverando de esta manera que, este encajonamiento de depresión y falta de habilidades para interactuar es el principal motivo de su depresión”. (Martinez, 2008, pág. 28)

2.2.1.2. Criterios diagnósticos

Según el CIE 10 utilizado por el sector salud en su mayoría, se clasifica a la depresión mayor dentro de los trastornos relacionados al humor o también al afecto, codificados desde F30 hasta F39, encontrándose en la categoría F32 el episodio depresivo y la F33 los trastornos depresivos recurrentes subdividiéndose en: (a) F32.0 Episodio depresivo leve. (b) F32.1 Episodio depresivo moderado. (c) F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. (d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. (e) F32.8 Otros episodios depresivos y (f) F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

Es necesario precisar que el episodio depresivo es considerado como tal, si se tiene una duración de al menos dos semanas y mínimamente dos de tres síntomas catalogados comunes de la depresión.

Tabla 1

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. • Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimiento que habitualmente provocan una respuesta. • Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. • Empeoramiento matutino del humor depresivo. • Presencia de enlentecimiento motor o agitación. • Pérdida marcada del apetito. • Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. • Notable disminución del interés sexual.

Nota. Datos tomados de:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html

Tabla 2

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE – 10

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo	<ul style="list-style-type: none"> • El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. • El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimiento 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

D. Puede Haber o no síndrome somático*

- Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
 - Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
 - Episodio depresivo grave: debe existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con 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. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.
-

Nota. Tomado de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html

Tabla 3

Diagnóstico diferencial de la depresión

PATOLOGÍAS MÉDICAS	TRASTORNOS MENTALES
ENDOCRINO/METABÓLICA:	Trastorno angustia/ansiedad
Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo),	Trastorno obsesivo compulsivo
diabetes, anemia severa, enfermedad de	Trastorno bipolar
Cushing, enfermedad de Adisson, Porfiria.	Distimia
INFECCIONES:	Trastornos adaptativos
Tuberculosis, infección por virus del	Síntomas negativos de la esquizofrenia
Epstein – Barr, VIH, sífilis terciarias.	Consumo de tóxicos.
NEUROLÓGICAS:	Es necesario además entender que
Enfermedad de Alzheimer, esclerosis	existen drogas y fármacos que pueden
múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus,	causar sintomatología depresiva, motivo
epilepsia.	por el cual se debe tener en cuenta a la
NEOPLÁSICAS:	hora de realizar el diagnóstico
Carcinomatosis, cáncer de páncreas.	diferencial.
OTROS:	
Lúes, dolor crónico.	

Nota. Obtenido de http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html

2.2.1.3. Depresión asociado a enfermedad física.

Flatherty, Channon y Davis (1991), afirman que, las variables se manifiestan de distintos modos y maneras, siendo una de estas la depresión como principal signo de dolencia, entre las enfermedades infecciosas crónicas se tiene la tuberculosis, seguidamente de la depresión, que se asocia habitualmente como forma de reacción ante la presencia de una dolencia somática. (Valencia Mirada, 2003)

Jeri, R (1992), en su investigación titulada Depresión y enfermedades Somáticas, menciona que la depresión está vinculada a diversas enfermedades tanto somáticas como psiquiátricas, donde muchas en muchas ocasiones se manifiesta a causa de una enfermedad física no diagnosticada o también por a consecuencia del tratamiento de una enfermedad física que en su mayoría están asociados a enfermedades autoinmunes. (Valencia Mirada, 2003)

2.2.1.4. Depresión y tuberculosis

La tuberculosis, está relacionada a algunos trastornos de conducta y sin duda trastornos emocionales, el bajo conocimiento de la enfermedad y el escaso soporte familiar y social son indicadores riesgosos no farmacológicos que conducen al posible abandono o interrupción del proceso de cura. (MINSa, 2010).

Según Reyes (2008), la depresión en el Perú, resulta ser una amenaza en el tratamiento de la tuberculosis, por ello, la importancia de las intervenciones psicológicas. Señala además que, el objetivo principal de las evaluaciones y tratamientos psicológicos son cumplir el tratamiento planificado y evitar el abandono de tratamiento, ya que postergarla por un breve tiempo ya es considerada como tal. (Reyes, 2008).

Por otro lado, Hernández (2008), de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención Control de la Tuberculosis (ESN PCT) del Ministerio de Salud, refirió que el compromiso generado hacia el tratamiento incrementa los porcentajes de curación en los pacientes y este disminuye cuando los pacientes adquieren una depresión, pierden la motivación y el

optimismo. Recordó además, que la depresión no siempre se hace presente solo con síntomas asociados a la tristeza y llanto como muchas veces se cree. Agregó, que los pacientes afectados producto de la incapacidad para poder trabajar generan sentimientos de culpa y retraimiento; así mismo, el poco conocimiento de la enfermedad y el temor al contagio, “conlleva al paciente a aislarse, y en algunos casos, ante la ausencia de familiares, afecta directamente la autoestima y habilidad para enfrentar la enfermedad, finalizó”. (Reyes, 2008, pág. 1)

2.2.1.5. Factores asociados a correr más riesgo en desarrollar depresión

Todo ser humano indistintamente de la edad o género puede ser diagnosticado por depresión en algún momento de su vida. Sin embargo, algunas personas tienen mayor predisposición que otras, (Herrera & Noguera, 2013) plantea ciertos factores influyentes, entre ellos se encuentran las personas que enfrentan un estrés crónico en sus vidas, sujetos que no cuenta con un empleo, lo acaban de perder o les es difícil emplearse, aquel que ha crecido en un ambiente familiar difícil asumiendo experiencia de duelo a temprana edad, aquellas personas que enfrentan problemas físicos o algún problema de tipo mental, enfermedades de tipo crónico o mortal, sujetos que enfrentan desequilibrios de tipo químico, aquellos que hayan sufrido episodios depresivos, inmigrantes con problemas de adopción.

2.2.2. Soporte social.

Actualmente asociar soporte social y bienestar es válido, ya que ha sido demostrado que los familiares, amigos y confidentes juegan un rol relevante en el pasar de los años de la persona y mucho más en los momentos de crisis.

Conceptualizaciones del Soporte Social:

- a. Kaplan (1974) define que, el soporte social implica un modelo perdurable de lazos sociales continuos o intermitentes que juegan un rol significativo en la integración física y psicológica del individuo. La Red social provee al individuo recursos

psicosociales para el mantenimiento de su salud física y emocional. (Torres, 2002, pág. 52)

- b. Bieguel, Noparstek y Khan (1980), mencionan que, los individuos existen dentro de una red de relaciones sociales y estos son importantes en la medida que les proveen apoyo necesario en situaciones de crisis, y en la vida diaria en general. (Margarita, 2002, pág. 54)
- c. House (1981), conceptúa el soporte social como una transición interpersonal, donde se intercambian recursos como: (a) Cuidado emocional (simpatía, empatía, amor). (b) Ayuda instrumental (bienes y servicios). (c) Información acerca del ambiente. (d) Valoración del soporte (Información relevante de la autoevaluación). (Margarita, 2002, pág. 54)
- d. Kaplan (1985), define el soporte social como “El conjunto de relaciones de ayuda destinada a lograr un mejor desempeño en el medio”. (Margarita, 2002, pág. 55)

En relación a los conceptos citados se puede concluir que las redes sociales, son las relaciones interpersonales que las personas realizan en su entorno, producto de esta amplia red, surge el soporte social y va asociado a las relaciones estrechas significativas percibidas por el sujeto.

2.2.2.1. Redes de apoyo

Las redes de apoyo enriquecen la calidad de vida de las personas, brindan diferentes tipos de apoyo; en ellos se encuentra la ayuda material e instrumental, por otro lado, también se encuentra la integración social y las relaciones sociales que logran un efecto positivo en la salud, sin embargo, también encontramos el apoyo emocional, el cual es significativo por el impacto que este tiene.

a. Apoyo informal.

Este tipo de apoyo se basa en la contribución de tipo personal, familiar o comunitario que no son estructurados, donde incluyen programas de apoyo. La familia se incluye en este grupo, ya que es la más común en la vida de las personas, y su principal objetivo es brindar afecto estimulando la socialización, satisfaciendo a su vez las necesidades que son básicas como la comunicación e intimidad.

Por otro lado, “las redes amicales son de apoyo relevante, los cuales se han ido construyendo por elección propia y afinidad al mantener intereses comunes o realizar actividades compartidas”. (Robles, 2008, pág. 3).

Finalmente se integran los compañeros de trabajo, proveen instrucciones y retroalimentan sobre el adecuado desempeño laboral y brindan apoyo indirecto sirviendo como un modelo de comparación social. (Gottfried, 1987, citado en Margarita, 2002).

b. Apoyo formal.

Margarita (2002), manifiesta que,

son aquellos servicios profesionales que se brindan directa o indirectamente específicamente por el estado y llevan como característica principal un bajo sistema de categorías respecto a la evaluación de ayuda sin embargo llevan normas formales. En este grupo se incluyen: Escuelas, Establecimientos de salud privados y estatales, etc. (Margarita, 2002, pág. 63).

El grupo secundario, también llamado formal, es denominado de esta manera puesto que sus integrantes desarrollan roles específicos, basados en una organización de tipo “formal” y también organizada, donde aplica funciones específicas en determinadas áreas. En este grupo se integran organizaciones e instituciones públicas y privadas que brindan servicios. (Robles, 2008)

Margarita (2002), refiere que en el Perú el problema de las redes formales es que los servicios profesionales son inaccesibles y muy pocas veces satisfactorios a un alto porcentaje de la población, especialmente a los de bajos recursos económicos. (Margarita, 2002)

2.2.2.2. Tipos de apoyo

Según los planteamientos de Sánchez (2000), menciona que existen cuatro tipos de apoyo también llamados transacciones y se refiere a los beneficios que se obtiene al relacionarse con otros individuos.

- a. Apoyo material: El apoyo material es todo aquel aporte relacionado al recurso monetario ya sea dinero en efectivo, como aportes, remesas, regalos entre otros. También se incluyen recursos no monetarios donde se brinda comida, ropa, pago de servicios y otras necesidades relacionadas.
- b. Apoyo instrumental: este tipo de apoyo va relacionado a la ayuda que se brinda en las labores del hogar, transporte, cuidados y acompañamiento.
- c. Apoyo emocional: En este tipo de apoyo se incluye el cariño, la empatía, sentimientos que se generan hacia la familia, el mismo que se demuestra a través de visitas periódicas, o muestras físicas de afecto tales como abrazos, etc.
- d. Apoyo cognitivo: Se realiza intercambio de vivencias, se transmite información relevante y se brindan consejos. (Robles, 2008, pág. 87)

2.2.2.3. Dimensiones del soporte social.

- a. Tamaño: Se refiere a la cantidad de sujetos que conforman la red social, o a la cantidad de amigos con los que interactúa y mantiene contacto. Esta variable se asemeja virtuosamente con la comodidad salud de la persona. Existen autores que han identificado que mientras la persona posea mayor numero en su red social menor predisposición habrá a padecer algún trastorno mental.

b) Densidad: La densidad es la interconexión entre sujetos de forma independiente, quiere decir, el apoyo emocional que estará sujeto a las relaciones de las personas y las situaciones en las que se presenten. Este punto no ejerce un concepto claro ya que la densidad ideal tiene variables como son las mismas personas, sus aquejas y su contexto real.

c) Reciprocidad: Grado en que los recursos de esta red son intercambiados equitativamente entre sus lados y el equilibrio de este se basa en la interacción de las personas. Esta relación conlleva a una mejor salud a diferencia de aquellas personas que tienen que iniciar el contacto.

d) Parentesco: la variable que se referencia en este apartado, hace referencia a si la red está conformada en gran parte por los familiares, quienes son de gran ayuda y aporte en las situaciones de crisis vitales. Algunos estudios han demostrado, que incluso las personas que en su red incluyen amistades y no son familiares poseen estados de felicidad mayores a las que no. Ya que incrementa este en base a que sus redes son elegidas libremente.

e) Homogeneidad: es el parecido entre los sujetos pertenecientes a una red, en base a ciertas actitudes, experiencias y vivencias relacionadas a las del otro. (Fernandez Peña, 2005, págs. 9-11)

2.2.2.4. Depresión y soporte social

López y Chacón (1990), en su investigación “Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes”, examinaron el posible lazo entre el apoyo social con hechos vitales causantes de estrés asociado a depresión, con una población de 74 personas pertenecientes a Aranjuez; donde determinaron que existe relación directa de tipo significativo en cuanto al apoyo social y los hechos o eventos con la depresión. Este apoyo no solo protege al individuo de un impacto negativo sobre el estrés sino también es relevante por incidir en la reducción de los síntomas depresivos que se puedan presentar.

Por otro lado, Hoyos (2017), manifiesta que el apoyo social que es percibido por la persona que padece de depresión, contribuye satisfactoriamente con los consejos médicos, acompañamiento, actividades recreativas, etc.; fomentando posturas que permitan adherirse correctamente al tratamiento. Pudo además fijar que la orientación contribuye personalmente.

Encontró además que los consejos y orientaciones contribuyen a los factores personales de la persona o paciente, siendo más relevante el área cognitiva, emocional o también llamada sensorial. Sin duda la información del médico tiene impacto, así lo señala Hoyos, y este tiene mejor impacto si se involucra a los familiares del paciente en el proceso de tratamiento o atención. Muchas veces las muestras de cariño, palabras que animen o de aliento, la preocupación, el acompañamiento, terminan siendo factores protectores en la persona y amortiguan ciertos desbalances dentro del tratamiento para continuar y adherirse correctamente. (Hoyos Muñoz, 2017).

2.2.3. Tuberculosis.

El bacilo de Koch existe desde que el ser humano inicio su historia, “los hallazgos encontrados indican que siempre hubo lesiones de tipo tuberculoso, dándose en momias de origen egipcio y precolombinas, siendo presumiblemente responsable de la cuarta parte de muertes en el siglo XV y XVI”. (Stead, 1993, pág. 77).

Para definir tuberculosis es necesario referir la historia del agente causal. Hace más de 115 años aproximadamente. Roberto Koch (1982), investigó el bacilo que causó la enfermedad, siendo así acreditado el nombre de la enfermedad gracias a este descubrimiento.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria llamada (*Mycobacterium*) tuberculosis.

2.2.3.1. Cadena epidemiológica de transmisión

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de origen micro orgánico, la forma en que es transmitida es mediante el contacto con sus semejantes conocidos o no, sin embargo,

existen personas dentro de la población vulnerables de enfermarse mediante una cadena de infección llamada la fuente de infección.

2.2.3.2. *Agente causal*

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad causada por bacilo de género “*Mycobacterium tuberculosis* junto al con el *M. bovis*, *M. africanum* y el *M. microti*”. Estos conjuntos de micro bacterias son encargados de producir la enfermedad, sin embargo, el que tiene más frecuencia está dado por el *M. tuberculosis*.

Este microorganismo es capaz de resistir al frío y a la congelación, muy sensible a altas temperaturas, resiste la luz solar y ultravioleta, posee ciertos rasgos únicos que lo diferencian de bacterias comunes.

2.2.3.3. *Reservorio y fuente de infección.*

En general, estos agentes se desarrollan en los animales y seres humanos, ya que son el medio habitual donde se desarrollan, y más aún, es la fuente para infectar a otros. Sin embargo, la fuente más “productiva” de la enfermedad es la persona sana pero infectada, en otras palabras, es aquella persona que posee el bacilo, pero descansando, este bacilo latente no muestra ningún síntoma o signo capaz de identificar.

2.2.3.4. *Mecanismos de transmisión*

Se refiere a diversos medios que la bacteria emplea para transportarse y contagiarse desde una fuente infecciosa a los individuos susceptibles, entre las más habituales tenemos a la de vía aerógena, que vienen a ser pequeñas gotas aerosolizadas de 1-5 micras de diámetro producidas en situaciones y actividades diversas como el habla, la risa, el estornudo, la tos; siendo expulsadas con algunos bacilos (1 a 5 en cada gotita) las que llegan al alveolo, el cual se convierte en el reservorio para su desarrollo. (Stead, 1993, pág. 77).

Los pacientes que más contagios podrán contraer son aquellos que tienen diversos tipos de formas “bacilares”, el aislamiento de tipo respiratorio, baja protección de mascarillas, tos intensa, exposición al medio por horas, e inadecuadas condiciones en la vivienda (mala ventilación en el hogar o la habitación) serán factores influyentes en el riesgo de infección.

2.2.3.5. Huésped susceptible de enfermar

“La susceptibilidad del huésped está condicionada por el estado de sus mecanismos de resistencia inespecíficos y específicos (inmunidad)”. (Bermejo, Clavera, Michel, & Marín, 2007).

Bermejo, Clavera, Michel y Marín (2007) dieron a conocer que, la población más débil para contraer la enfermedad, se encuentra en los menores 5 años y adultos que oscilan sus edades entre 65 -70 años, sin embargo, entre los 6 y 14 es también vulnerable, pero con menor predisposición. Por otro lado, se dice que los varones están más expuestos que las damas, probablemente por una de las razones más comunes, y es que esta es influenciada por los hábitos sociales del varón.

2.2.3.6. Detección y Diagnóstico de casos de tuberculosis.

1. Definición de caso basadas en la historia de tratamiento de Tuberculosis:
 - a. Caso nuevo: persona con diagnóstico de TB pulmonar o extrapulmonar que no ha recibido algún tratamiento anti TB o solo asistió al TCP por un tiempo menor al mes.
 - b. Caso previamente tratado: persona que ha recibido tratamiento con medicamentos antituberculosis por un mes o más (antes tratados).

Los previamente tratados se clasifican en:

- **Recaída:** persona previamente tratada por TB, declarada curada o con tratamiento completo al final del último ciclo de tratamiento, y es nuevamente diagnosticada con un episodio recurrente de TB, es necesario entender que es una verdadera recaída o una reinfección.

- Fracaso: persona previamente tratada por TB, cuyo tratamiento fracasó al final de su ciclo más reciente de tratamiento.
- Pérdida en el seguimiento: persona previamente tratada por TB, y cuyo caso fue declarado pérdida en el seguimiento al final de su tratamiento más reciente (antes conocido como abandono recuperado). El afectado retoma tras una interrupción de tratamiento de más de un mes.
- Otros: sujeto que, al ser tratado por tuberculosis, su resultado posterior al tratamiento más cercano es incierto o no está dentro de las bases teóricas. (MSP, 2015)

c. Detección de casos

Es la acción que permite identificar anticipadamente al sujeto que tenga tuberculosis, estos casos pueden ser identificados mediante un examen inmediato frente aquellos pacientes que presenten síntomas.

Tabla 4

Criterios para el Diagnóstico de Tb en el adulto

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TB EN EL ADULTO		
Criterio clínico	<p>Existen síntomas fundamentales para escamar de una posible Tuberculosis de tipo pulmonar, entre ellos se presenta una tos recurrente y también expectoración en base a 15 días a más. (SR); además, encontramos síntomas físicos como temperatura alta, sudores en su mayoría nocturnos, desgano por la comida, enflaquecimiento, dolor en el pecho, astenia y en ocasiones hemoptisis.</p> <p>Es necesario indicar que, en el caso de presentar síntomas generales como temperatura alta, sudores en su mayoría nocturnos, desgano por la comida, enflaquecimiento asociado a síntomas y signos particulares de daño orgánico, se deberá sospechar de Tuberculosis de tipo extrapulmonar.</p>	E-C
Criterio bacteriológico	<p>Es recomendable que el diagnóstico sea realizado a través de una prueba de baciloscopia y/o una prueba de cultivo de esputo, en los casos de poblaciones en riesgo se recomienda emplear pruebas de baciloscopías, tanto pulmonar como extra pulmonar, optando por una prueba extra que será la de cultivo para reafirmar el diagnóstico.</p>	R-1

Nota. Tomado de (MSP, 2015)

Tabla 5

Criterios para el diagnóstico de Tb en el niño y adolescente

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TB EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE	
Criterio clínico	Los síntomas principales para sospechar de tuberculosis pulmonar básicamente son el: bajo deseo para consumir alimentos, desgano, sudores nocturnos, debilitamiento y astenia.
Criterio epidemiológico	El personal encargado de velar por su salud, debe aplicar ciertos criterios tanto epidemiológicos como clínicos, radiológicos, y bacteriológicos para corroborar si posiblemente padece de tuberculosis. Entiéndase además que, el criterio epidemiológico y el clínico son los más relevantes.
	En el posible caso de identificar casos de Tuberculosis de tipo drogo resistentes en niños menores de cinco años, es recomendable realizar PCR en tiempo real, en caso de ser incluso negativa, se deberá iniciar un tratamiento según el esquema presentado.

Nota. Tomado de (MSP, 2015)

Es necesario, además, identificar y diferenciar los tipos de sintomáticos para entender el diagnóstico correcto, siendo divididos de la siguiente manera:

Tabla 6

Tipos de sintomáticos

Sintomático Respiratorio (S. R.):	S.R. Identificado (S.R.I.):	S.R. Examinado (S.R.Ex):
Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.	Es el sujeto detectado y suscrito en el cuaderno de Registro de Sintomáticas Respiratorias.	Es el paciente al cual se le realizan más de una baciloscopia.

Nota. Tomado de (MINSA, 2006).

2.2.3.7. Procedimientos para la detección del sintomático respiratorio.

La detección del Sintomático Respiratorio, es determinado de forma obligatoria y constante en todos los centros de salud, estas se dan a partir de los 15 años de edad que visiten el establecimiento por cuales quiera que sea el motivo. Dicho esto, el profesional, es el responsable de coordinar con el equipo que interviene dentro de la Estrategia Sanitaria del Programa de Control de TBC. (MINSA, 2006)

Por otra parte, se deben de cumplir ciertos patrones para obtener una muestra óptima, que a continuación se detalla:

- a. **Calidad:** Para la obtención de muestras que permitan ser analizadas correctamente, se debe indicar al paciente que se provoque tos y desde el árbol bronquial expulse una cierta cantidad de esputo, en algunos casos la apariencia a saliva o sangre indican positivo.
- b. **Cantidad:** Para que la muestra sea optima, la cantidad debe contener un aproximado de 5 ml, en caso no tener secreción se le indica que al menos se produzca 3 expectoraciones más, hasta lograr la cantidad necesaria para la muestra.

- c. Número de muestras y recolección: Se recomienda tener muestras por cada paciente sintomático, no olvidando que la muestra se obtiene en la primera consulta y si en caso necesite una segunda muestra, se realizará una visita domiciliaria. No olvidar que la segunda muestra es obligación del personal de salud recolectarla. (MINSa, 2006).

Las muestras deben ser recibidas en su totalidad, entendiendo que ninguna puede ser rechazada dentro del horario de atención.

2.2.3.8. Diagnóstico de casos.

Un instrumento importante para realizar el diagnóstico es la prueba bacteriológica conformada por la Baciloscopia y el Cultivo, la razón principal es que es específica, sensible y brinda resultados predictivos. En el caso de no determinar los estudios acertadamente se deberá realizar un seguimiento diagnóstico con pruebas alternas como: La epidemiológica, rayos x, ecografías, inmunológico y anatomopatológico.

Es necesario que todo paciente diagnosticado con TBC opte por realizarse una prueba de VIH, sin embargo, se deberá previo a la prueba aconsejar las razones para tal proceso.

2.2.3.9. Definición de casos.

Según la norma técnica planteada por el Ministerio de Salud, (Minsa 2006) indica que, un caso de tuberculosis es atribuido a toda persona diagnosticada con TBC, no siendo necesario la confirmación bacteriológica, optándose a brindar tratamiento tuberculoso a la misma.

En otro punto, es necesario considerar que, los enfermos con TB pulmonar frotis positivo adquieren una especial prioridad por ser la fuente de transmisión principal.

Tabla 7

Casos de Tuberculosis pulmonar

Tipos de Tuberculosis	Definición	Atención
Caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP-FP)	Es el caso de Tb pulmonar, que tienen confirmación a través del frotis directo positivo.	
Caso de tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP-CP)	Es el caso de TB pulmonar, en que luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> en cultivo, teniendo baciloscopías negativas.	Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.
Caso de tuberculosis pulmonar con BK (-) y cultivo (-)	Es el caso de TB Pulmonar, al que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios.	Su diagnóstico es responsabilidad exclusiva del médico tratante del establecimiento de salud.

Nota. Tomado de (MINSA, 2006).

- *Caso de tipo Extra Pulmonar.*

Es denominado a aquella persona que a la cual se le diagnostica tuberculosis en algún órgano distinto al pulmón, los casos identificados en el Perú como más frecuentes con la TB pleural, ganglionar, ósea e intestinal. (MINSa, 2006).

En cuanto a presuntas evidencias ya sean de tipo líquido o extracciones como biopsias, deben ser evaluadas en laboratorio. No se debe descartar que, por ser diagnosticado con tuberculosis extra pulmonar, la persona no puede ser sintomático respiratorio por lo que se deberá aplicar una prueba de baciloscopia y cultivo de esputo para descartar Tb de tipo pulmonar.

- *Caso de Tuberculosis Multidrogo-resistente (TB MDR).*

Este tipo de caso es producido por el bacilo multidrogorresistente, la principal razón es ya que, son resistentes a los medicamentos llamados Isoniacida y Rifampicina. En la actualidad este tipo de casos es el más frecuente y más mortal en la actualidad. (MINSa, 2006, pág. 35).

- *Caso de Tuberculosis Infantil.*

Se considera tuberculosis infantil cuando el paciente es menor a los 14 años de edad.

- *Criterio Epidemiológico.*

Es necesario que los pacientes catalogados como niños por el Ministerio de Salud, sean evaluados epidemiológicamente para contrastar si existen familiares o contactos cercanos con Tuberculosis pulmonar frotis positivo. Los contactos de TBC-FP, también, deben incluirse en las evaluaciones. (MINSa, 2006).

2.2.3.10. Tuberculosis y factores sociales.

Las investigaciones realizadas sobre tuberculosis pulmonar indican según estudios que: Matos (1985), puntualiza que, la tuberculosis es más frecuente y se manifiesta rápidamente en jóvenes, considerada como una de las principales causas de muerte en edades que fluctúan los 15 y 44 años; en algunos países como la causa principal. Los

casos de abandono al tratamiento manifiestan además la aparición de resistencias a ciertos medicamentos utilizados en los establecimientos de salud, prolongándose y extendiéndose el tiempo de tratamiento y el costo de este. (Margarita, 2002, pág. 34)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

El presente capítulo da a conocer la metodología, tipo, nivel de investigación que se utilizó, además, señala la población y muestra; se incluye también las especificaciones del instrumento y el diseño de cómo se elaboró el análisis de datos.

3.1. Método de investigación

En la investigación se utilizó el método científico, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), refieren que la investigación científica es en esencia como cualquier tipo de investigación, con la diferencia que es más rigurosa, organizada y llevada a cabo de forma cuidadosa. Por otro lado, Fred N. Kerlinger señaló que es sistemática, empírica y crítica aplicado a los estudios cuantitativos y cualitativos o también mixtos. Cuando refiere ser “sistemática” hace referencia a la disciplina que existe para realizar la investigación científica y que por ningún motivo dejan los hechos a la casualidad. Cuando se menciona que es empírica resalta que se recolectan y analizan los datos y, por último; el que sea crítica se refiere a que se evalúa y se mejora de manera continua.

Se ha empleado la investigación ya que, parte del problema general que es la relación existente entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.

3.2. Tipo de investigación

Según la finalidad, esta investigación, es básica o también asignada como investigación pura. Según plantean Hernandez, Fernandez y Baptista (2010) manifiestan que: “La investigación básica cumple dos propósitos: a) elabora conocimiento y bases teóricas (investigación básica) y b) resuelve dudas llamada también investigación aplicada. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Según la naturaleza es no experimental, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señala que estas investigaciones, “son ejecutados sin la manipulación deliberada de las variables y son únicamente observadas en su ambiente natural con la finalidad de analizarlas posteriormente”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 149).

La presente investigación tuvo naturaleza no experimental, puesto que no se han manipulado las variables al momento de ejecutar la investigación, dado que, se han investigado dos variables observando los hechos en su contexto natural.

Según el alcance, es transaccional; para entender mejor este alcance se entiende que los diseños son recolectados en un solo momento y en un tiempo único. Hernández, Fernández y Baptista (2010) refieren que la finalidad es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Por tal motivo se apeló por el alcance transaccional ya que se recolectaron los datos en un solo momento, para luego ser analizados y ser corroborados respecto a la relación entre las variables Depresión y Soporte Social.

Según la procedencia de datos en la Investigación, se utilizó el enfoque cuantitativo para recolectar los datos respectivos. El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, en base a la medición numérica y además el análisis estadístico con la finalidad de establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

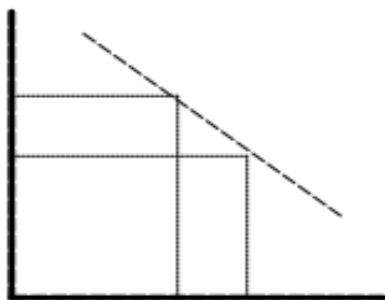
Por las razones anteriormente planteadas, el enfoque de esta investigación es de tipo cuantitativo.

3.3. Nivel de la investigación

El nivel de investigación es correlacional; puesto que “asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 81). Por tal motivo, se investigó la relación o influencia positiva o negativa entre la variable independiente que es “Soporte Social” con la variable dependiente llamada “Depresión”.

En este caso, la relación entre las variables es inversa de tipo negativo, puesto que, al comparar las puntuaciones altas de una variable en la segunda variable, estas serán bajas o viceversa. A esto se le denomina una relación negativa. (Universidad de Jaén, s.f.)

Una relación negativa perfecta se representaría del siguiente modo.



Nota. Los sujetos con puntuaciones altas en una variable pueden tener puntuaciones bajas en la segunda variable y viceversa. Esto es una relación negativa. Tomado de (Universidad de Jaén, s.f., pág. 3).

3.4. Diseño de investigación

La presente investigación consideró el diseño transaccional correlacional casual, este diseño describe las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. En ocasiones, en términos correlacionales y otras en base a la relación causa – efecto (causales). (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Por las razones expuestas, la investigación tuvo como diseño transaccional correlacional – causal, dado que los datos fueron recolectados en un momento en el tiempo real y se investigó la relación entre las variables de Depresión y Soporte Social.

3.5. Población

Triola (2009) manifiesta que “la población viene a ser el conjunto completo de todos los elementos tales como puntuaciones, personas, medidas y demás que estarán sujetas a evaluar. El conjunto es completo por que se incluye a todos los sujetos que se estudiarán”. (Triola, 2009, pág. 4).

La población es todo paciente diagnosticado en los Centros de Salud “La Libertad”, el cual está conformado por un total de 24.

3.6. Muestra

Para determinar la muestra se optó por un censo, Triola (2009) puntualiza que, “es el conjunto de datos de cada uno de los miembros de la población”. (Triola, 2009, pág. 4).

La investigación se desarrolló en el área de ESN –PCT (Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de tuberculosis), al cual asisten 24 pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, por tal razón, se precisó realizar un censo, ya que se trata de una población reducida diagnosticados con Tuberculosis de tipo pulmonar que a la prueba frotis ha determinado ser positivo y recibe tratamiento.

3.6.1. Características de los participantes.

- Pacientes que asisten al Programa de Control de Tuberculosis (PCT).
- Pacientes diagnosticados con Tuberculosis de tipo Pulmonar.
- Pacientes que a la evaluación “Frotis”, el resultado indica ser positivo.

3.7. Instrumentos y técnicas de investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2010), refieren que los instrumentos de medición son recursos utilizados por el investigador con la finalidad de asentar información o datos relevantes respecto a las variables que se plantean.

Para el estudio, se utilizó el cuestionario como instrumento de investigación, puesto que permitió desarrollar el registro de información y medición.

3.7.1. Inventario de depresión de Beck

Datos Generales:

El inventario de depresión de Beck fue creado y publicado por Aaron Beck en el año 1961, con la finalidad de medir la intensidad de la depresión y su aproximación al llamado juicio clínico. Sus bases teóricas son el Modelo cognitivo de la depresión, el mismo que se originó en base a observaciones clínicas sistemáticas de investigaciones netamente experimentales. Beck (1967) citado en (Torres, 2002). El modelo cognitivo enfatiza tres conceptos puntuales para recabar información de tipo psicológico (1) Triada Cognitiva, (2) Los esquemas y (3) Errores cognitivos.

Este inventario se viene utilizando en diferentes investigaciones relacionadas a la depresión para medir la credibilidad de los síntomas, su abreviatura está denominada como (BDI) que en inglés se titula Beck Depresión Inventory. (Vega, Coronado, & Guido, 2014)

Descripción:

Está conformado por 21 reactivos que miden 21 categorías, las cuales están agrupadas dentro de cuatro dimensiones que son manifestaciones usuales de la depresión que a continuación se detallan:

Tabla 8

Dimensiones de depresión

	• Tristeza	
	• Pesimismo	1
	• Sentimientos de fracaso	2
		3
	• Culpabilidad	5
ACTITUDES NEGATIVAS	• Sentimientos de castigo	6
		7
	• Auto decepción	8
	• Auto culpa	9
	• Ideas de suicidio	10
	• Llanto	
	• Insatisfacción	4
	• Irritabilidad	11
COGNITIVO	• Desinterés social	12
CONDUCTUALES	• Indecisión	13
	• Pobre imagen corporal	14
	• Incapacidad laboral	15
	• Fatiga	17
	• Insomnio	16
BIOLÓGICO	• Pérdida de apetito	18
	• Pérdida de peso	18
	• Desinterés por el sexo	21
SOMÁTICO	• Problemas físicos	20

Nota. En la tabla 8 se presentan las 4 dimensiones y los 21 reactivos con sus correspondientes números de ubicación.

Puntuación e interpretación.

El puntaje global es de 63 puntos los cuales se suman según la respuesta que indique la persona, estos oscilan desde 0 a 3 puntos por cada pregunta en un total de 21 reactivos. Los mismos que están subdivididos en cuatro dimensiones. Por otro lado, poseen un rango de puntuaciones para obtener el nivel; los mismos que tienen una interpretación.

Tabla 9
Interpretación según nivel obtenido por el paciente

PUNTUACIÓN	NIVEL	INTERPRETACIÓN
0-9	NO DEPRESIÓN	Aunque pueda estar triste por circunstancias diversas de la vida, ello no tiene un significado que deba preocupar. Son movimientos transitorios de desánimo que cambian en cuanto lo hacen los acontecimientos desagradables.
10-18	DEPRESIÓN LEVE	Que va más allá de una tristeza circunstancial. La persona padece de síntomas incapacitantes, por lo que es necesario tomar medidas terapéuticas a fin de que la situación no se agrave. Esta clase de depresión puede solucionarse en poco tiempo si se actúa enérgicamente.
19-29	DEPRESIÓN MODERADA	Con síntomas incapacitantes de importancia que limitan la vida normal de la persona. Requiere ayuda y tratamiento profesional para atajar la situación, que tardará en solucionarse. Existe riesgo de suicidio. La persona presenta molestias físicas y sufrimiento psíquico considerables.
30-63	DEPRESIÓN SEVERA	Que sume a la persona en la desesperación y el sufrimiento. Alto riesgo de suicidio. Graves síntomas que impiden una vida normal. Necesita atención médica (tal vez hospitalización). Depresión de larga y costosa solución. La persona es incapaz de superar la depresión si no es mediante ayuda externa.

Nota. En la tabla se interpreta las puntuaciones obtenidas en el IDB.

Validez y confiabilidad.

Novara, Sotillo y Warthon (1993) procedieron a estandarizar el Inventario Depresión Beck en Lima Metropolitana con 178 pacientes del Instituto Nacional Soto Mayor, empleando

el coeficiente de correlación de Pearson cuyo resultado fue de 0,75 concluyéndose así que el instrumento es válido para nuestra población. (CONSULTORIO PSICOLOGICO - UNSM)

3.7.2. Cuestionario MOS de apoyo social.

Datos generales:

El cuestionario de MOS (Soporte emocional percibido), fue diseñado por Sherbourne y Stewart a inicios del año 1990 con la finalidad de estudiar las consecuencias que presentaban los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. La muestra para su validez estuvo conformada por 100 pacientes con cáncer; entre ellos varones y mujeres de 15 y 76 años de edad. La técnica de análisis de datos utilizada fue el alfa de Cronbach para la confiabilidad; y el análisis exploratorio (AFE) de ejes principales para la validez con rotación Promax, obteniendo un nivel elevado de confiabilidad de $\alpha=,94$, y un modelo de tres factores de 54.240% de la varianza total dividido en: informacional, afectivo e instrumental. (UNMSM, 2016)

El cuestionario MOS distingue dos tipos de abordaje en función a la perspectiva que estudia, la primera denominada “estructural” donde indica las singularidades objetivas de la red de apoyo social como las características de los conocidos que poseen un espacio en este; el segundo llamado “la perspectiva funcional” que analiza el impacto y la intensidad de la red social.

En primera instancia, la prueba solicita la red de apoyo social o la cantidad de personas que son amigos y familiares con los que puede contar el evaluado; seguidamente se evalúan 19 reactivos de tipo Likert (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre) ubicados en la perspectiva de apoyo funcional. Este conjunto de resultados nos permite determinar el nivel de soporte percibido compuesto por: Nivel Máximo, medio y mínimo.

Los rangos para los puntajes y las dimensiones y se detallan en la tabla n°10:

Tabla 10

Índice global y dimensiones del cuestionario de MOS

ÍNDICE GLOBAL Y DIMENSIONES	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO	INTERPRETACIÓN
ÍNDICE GLOBAL	94	57	19	
• Apoyo emocional	40	24	8	Percibe la posibilidad de expresar sus emociones y sentirse comprendido, implica la empatía, el cuidado, la confianza; es considerado el apoyo más importante.
• Apoyo instrumental	20	12	4	Es decir, la provisión de ayuda material o tangible.
• Interacción social	20	12	4	Disponibilidad percibida por la persona de contar con los miembros de su red social que posean la posibilidad de reunirse, divertirse, o pasarlo bien, de tener espacios de esparcimiento agradables.
• Apoyo afectivo	15	9	3	Se da en base a las expresiones de amor y la percepción de disponer alguien a quien amar y sentirse amado.

Nota. Se divide el rango de puntuaciones que ayudarán a establecer el nivel de soporte social.

La forma de cómo se determinan los puntajes para las dimensiones es el siguiente:

INDICE GLOBAL: Suma de los valores en total

- Apoyo emocional: 3,4,8,9,13,16,17 y 19
- Apoyo instrumental: 2,5,12 y 15
- Interacción social: 7,11,14 y 18
- Apoyo afectivo: 6,10 y 20

3.8. Recolección de datos de la Investigación

Para la recolección de datos se realizó el siguiente proceso:

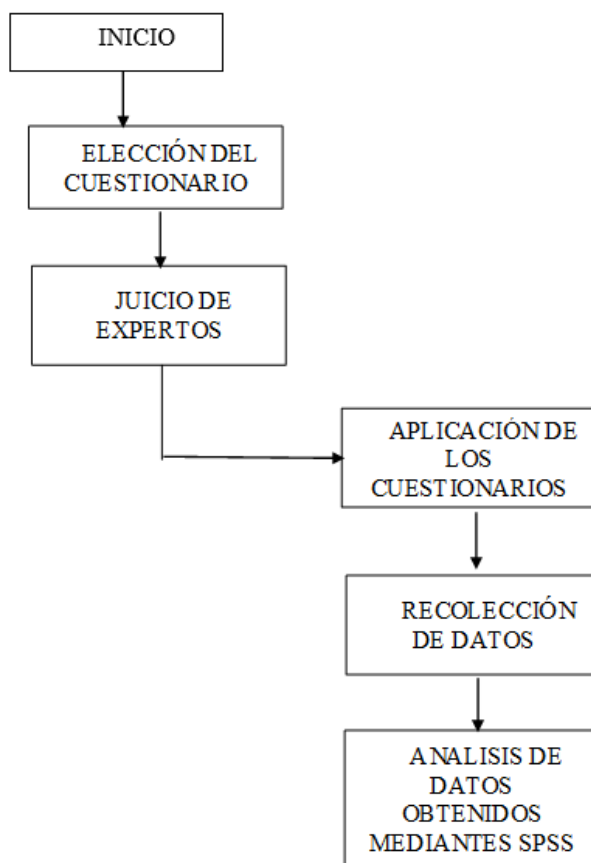


Figura 3. Flujo grama de recolección de datos.

3.9. Análisis de datos de la investigación.

Para el análisis de datos se empleó como herramienta el programa estadístico informático “SPSS”. Posterior a esto, se utilizó como prueba estadística el coeficiente de correlación de Pearson, el mismo que fue diseñado para variables cuantitativas, donde su principal función es medir el grado de variación entre distintas variables relacionadas.

3.10. Datos demográficos de importancia

Datos generales de los pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo que permiten entender el contexto en el centro de salud.

Tabla 11

Sexo de los pacientes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	16	66,7	66,7	66,7
Femenino	8	33,3	33,3	100,0
Total	24	100,0%	100,0	

En la tabla 11; se puede apreciar que la mayoría de pacientes con tuberculosis son varones, representando el 66,7% y el 33,3% son mujeres de un total de 24 pacientes evaluados. Notablemente se puede observar que la cantidad de pacientes varones sobrepasa a comparación de las mujeres evaluadas. Es necesario resaltar que la tuberculosis es una enfermedad que no respeta el estatus socioeconómico, ni género. A pesar de ser una enfermedad que posee tratamiento, continúan muriendo más de medio millón de personas cada año.

Tabla 12

Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 15	1	4,2	4,2	4,2
16 – 30	8	33,3	33,3	37,5
31 – 45	6	25,0	25,0	62,5
46 – 59	5	20,8	20,8	83,3
60 – 74	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Nota. Cantidad de pacientes evaluados según intervalo de edad.

La tabla 12; muestra que la mayoría de pacientes oscila entre 16 a 30 años, con un 33.3%, seguidamente de 31 a 45 años, con 25%, de 46 a 59, con un 20,8%, entre 60 y 74 años con 16,7% y finalmente con 15 años un 4,2%. Se menciona que la tuberculosis es una enfermedad que puede diagnosticarse en los mejores años productivos de la persona.

Tabla 13

Grado de instrucción de los pacientes

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	5	20,8	20,8	20,8
Secundaria	10	41,7	41,7	62,5
Técnico	2	8,3	8,3	70,8
Superior	7	29,2	29,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

La tabla 13 presenta; la mayoría de pacientes tiene educación secundaria equivalente a 41,7%, el 29,2% tiene educación superior, el 20,8% tiene educación primaria y el 8,3% cuenta con estudios técnicos. La importancia de conocer el grado de instrucción es básicamente para

brindar la información según el nivel de entendimiento que ayudará a su vez orientarlos sobre el tratamiento que reciben.

Tabla 14

Estado civil de los pacientes

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	10	41,7	41,7	41,7
Casado	8	33,3	33,3	75,0
Conviviente	5	20,8	20,8	95,8
Viudo	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

En la tabla 14 se aprecia el estado civil de los pacientes, determinándose que el 41,7% es soltero, el 33,3% está casado, el 20,8% se encuentra conviviendo y el 4,2% es viudo. Muchas veces los pacientes con tuberculosis optan por el aislamiento para evitar el contagio.

Tabla 15

Ocupación de los pacientes

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleado	5	20,8	20,8	20,8
Desempleado	8	33,3	33,3	54,2
Ama de casa	5	20,8	20,8	75,0
Otros	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

En la tabla 15, se puede determinar que el 33,3% de los pacientes se encuentra desempleado, el 25 % se encuentra en diferentes situaciones como cese, pensionista, empleos ocasionales o estudiando, finalmente el 20,8% está empleado y a su vez ejerce trabajo en su hogar como ama de casa. Es necesario manifestar que la tuberculosis desestabiliza a las

personas que lo contraen, separando en ocasiones al adulto del trabajo, evitando el apoyo de amistades que se encontraban en su área de trabajo, disminuyendo el soporte social.

Tabla 16

Pacientes asistidos por el área de psicología

Asistidos por psicología	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	8,3	8,3	8,3
No	22	91,7	91,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

En la tabla se puede apreciar que el 91,7% manifiesta no haber sido entrevistado ni evaluado por el área de psicología, mientras tanto el 8,3% manifiesta que sí ha sido asistido por el área de psicología. Por tanto, es imprescindible que todos los pacientes en su totalidad sean asistidos por el área de psicología con la finalidad de evitar dos posibles sucesos, primero que abandonen el tratamiento o lo interrumpan y segundo que es necesario comprender el desbalance emocional que se irá presentando dentro del proceso de tratamiento.

Tabla 17

Pacientes asistidos por el área de enfermería

Pacientes asistidos por el área de enfermería	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	95,8	95,8	95,8
No	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

En la tabla n° 17, se puede observar que el 95,8% de pacientes han sido asistidos emocionalmente por el personal de enfermería, mientras que el 4,2% manifiesta que no ha sido asistido emocionalmente por el área de enfermería.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo detalla los resultados obtenidos en base a la aplicación de instrumentos con la finalidad de recolectar datos de forma general, evaluando, además la corroboración de la hipótesis general y las hipótesis específicas. Posteriormente, se presenta la comprobación de hipótesis general y las específicas para finalizar con la discusión de resultados con cada uno de los antecedentes de investigación planteados.

Para poder entender la relación existente entre las variables de Soporte Social y Nivel de Depresión es necesario adherir los niveles de cada una de estas para luego correlacionarlas.

4.1. Nivel de Soporte Social

Tabla 18

Nivel de soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo

Soporte social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Máximo	15	62,5	62,5	62,5
Medio	5	20,8	20,8	83,3
Mínimo	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

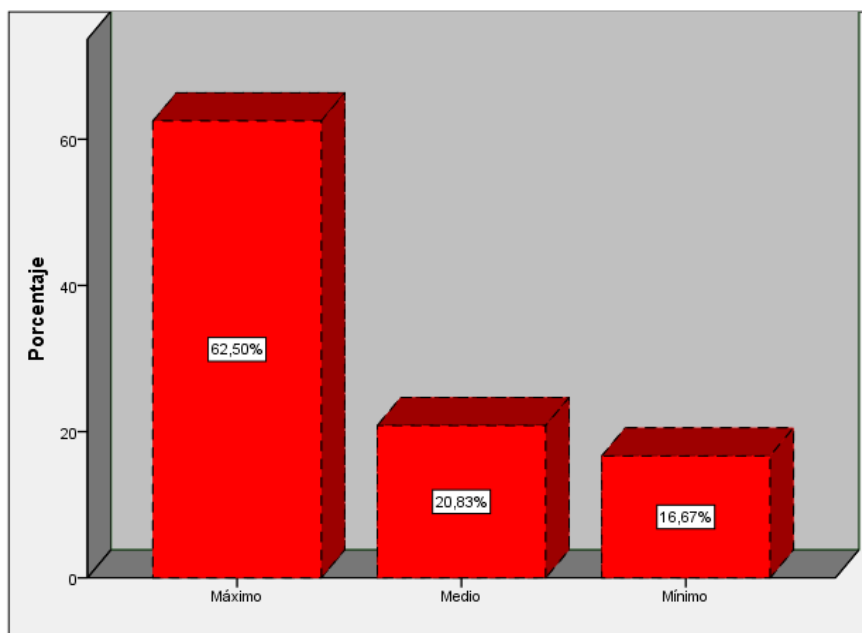


Figura 4. Nivel de Soporte Social.

Según la tabla n° 18 y figura 5; se puede observar que el 62,50% de pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo manifiestan percibir un apoyo social máximo, mientras que el 20,83% indica percibir un apoyo social medio, finalmente el 16,67% indica percibir un apoyo social mínimo.

4.1.1. Nivel de soporte social por dimensiones

Tabla 19

Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo emocional

Soporte social de apoyo emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Máximo	17	70,8	70,8	70,8
Medio	3	12,5	12,5	83,3
Mínimo	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

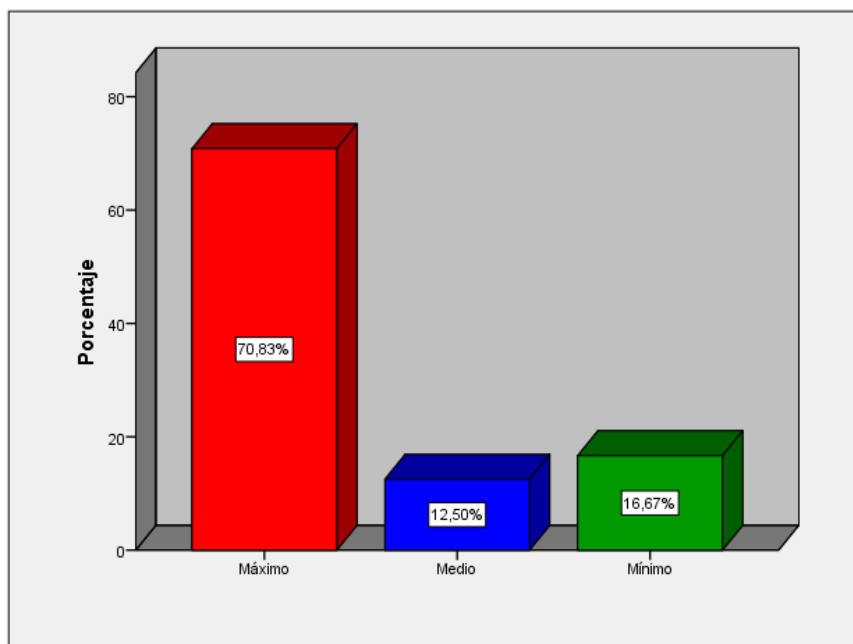


Figura 5. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Emocional

En relación a la dimensión de apoyo emocional se puede observar en la tabla 19 y figura 6 que, el 70,83% percibe un nivel de apoyo emocional máximo, el 16,67% percibe un nivel de apoyo emocional mínimo, mientras que el 12,50% percibe un nivel de apoyo social medio.

Tabla 20

Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo instrumental

Soporte social de apoyo instrumental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Máximo	17	70,8	70,8	70,8
Medio	4	16,7	16,7	87,5
Mínimo	3	12,5	12,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

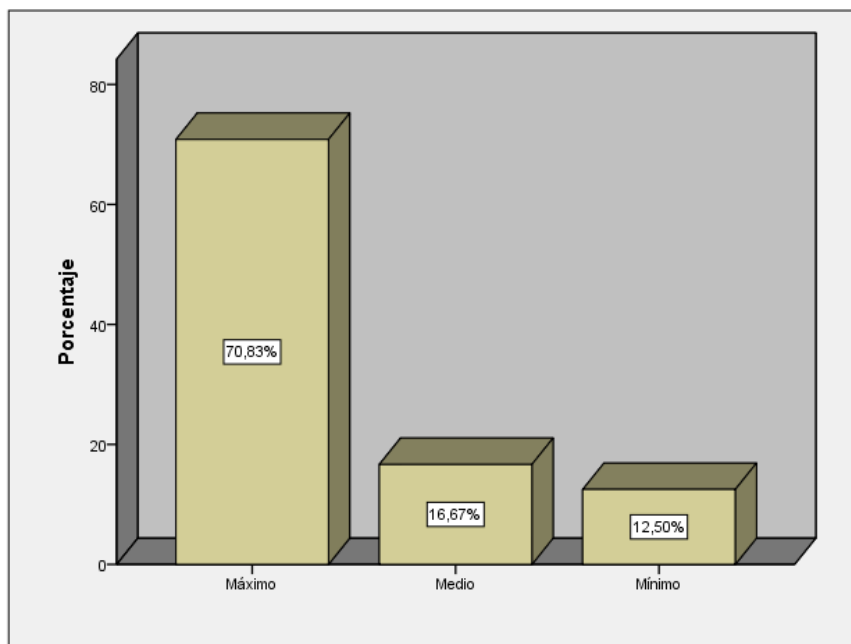


Figura 6. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Instrumental

Respecto a la dimensión de apoyo instrumental se puede observar en la tabla 20 y figura 7 que, el 70,83% de los pacientes con tuberculosis frotis pulmonar positivo percibe tener máximo apoyo instrumental, el 16,67% percibe recibir medio en apoyo instrumental y finalmente el 12,50% percibe apoyo instrumental mínima.

Tabla 21

Nivel de soporte social en la dimensión de interacción social

Soporte social de interacción social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Máximo	14	58,3	58,3	58,3
Medio	5	20,8	20,8	79,2
Mínimo	5	20,8	20,8	100,0
Total	24	100,0	100,0	

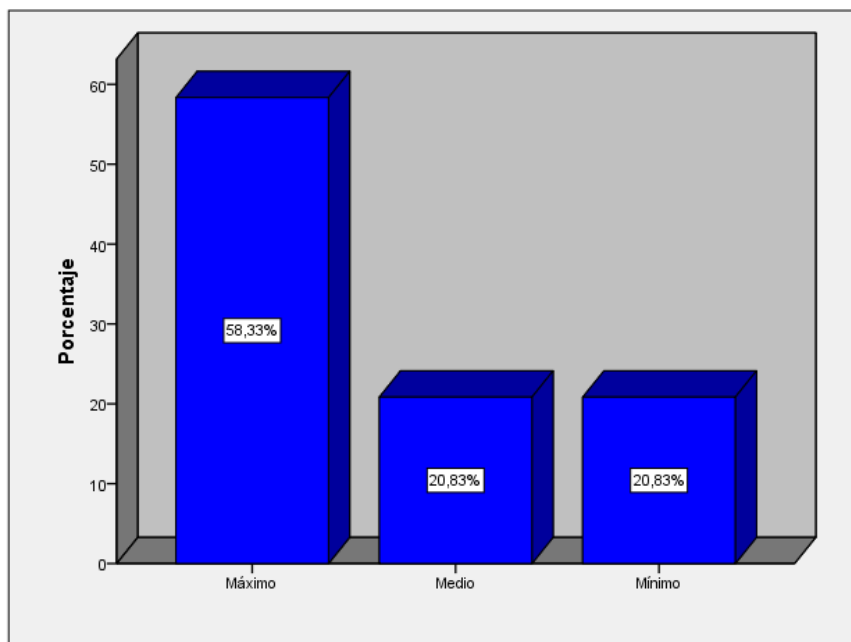


Figura 7. Dimensión de Soporte social denominada Interacción Social

En la tabla 21 y figura 8, se puede divisar que los pacientes en un 58,33% perciben un nivel de interacción social máximo, el 20,83% percibe un nivel de interacción social tanto medio como mínimo.

Tabla 22

Nivel de soporte social en la dimensión de apoyo afectivo

Soporte social de apoyo afectivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Máximo	17	70,8	70,8	70,8
Medio	3	12,5	12,5	83,3
Mínimo	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

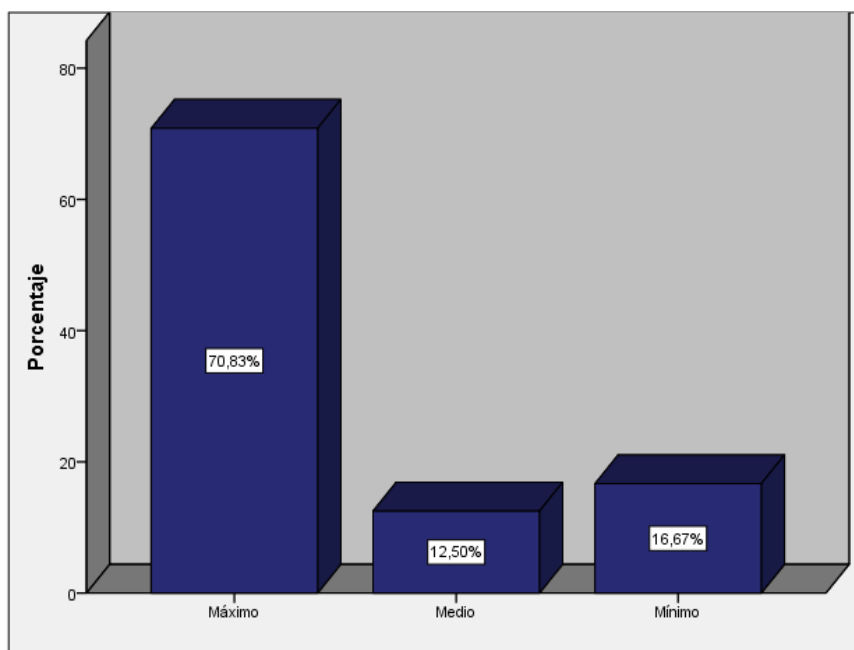


Figura 8. Dimensión de Soporte Social denominada Apoyo Afectivo

En la tabla 22 y figura 9, se puede visualizar que los pacientes perciben el Apoyo Afectivo en un 70,83%, por otro lado, el 16,67% la percibe de forma mínima, mientras que el 12,50% de forma media.

4.1.2. Nivel de depresión

Tabla 23

Nivel de depresión

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No Depresión	15	62,5	62,5	62,5
Depresión Leve	7	29,2	29,2	91,7
Depresión Moderada	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

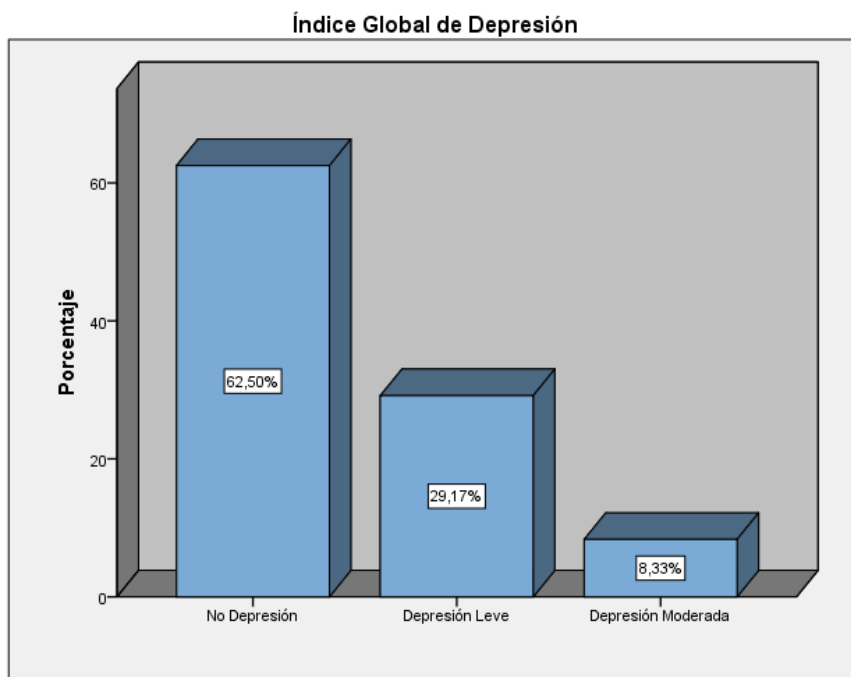


Figura 9. Índice global de Depresión

La tabla 23 y la figura 10 nos muestra que el 62,50% no muestra síntomas depresivos, mientras que el 29,17% presenta niveles de depresión leve, finalmente podemos apreciar que el 8,33% de pacientes indica tener depresión moderada.

4.2. Prueba de hipótesis

En la presente investigación se han determinado ciertos puntos relacionados a la hipótesis general tanto como las específicas. En este apartado se detallarán los resultados obtenidos en base a la correlación de las variables de Soporte Social y Nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo del Programa de control del Centro de salud “La Libertad”.

4.2.1. Prueba de hipótesis general.

A. Hipótesis de trabajo.

Hipótesis nula H0:

El soporte social no tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

Hipótesis alterna Ha:

El soporte social tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

B. Nivel de significancia.

El nivel de significancia o error que se eligió para esta investigación es del 5% que equivale a $\alpha = 0.05$, lo que indica que los resultados de la presente investigación tienen un nivel de confianza del 95%.

Tabla 24

Correlación entre Soporte social y depresión

		Depresión	Soporte Social
Depresión			
	Correlación de Pearson	1	-0,652**
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	24	24
Soporte Social			
	Correlación de Pearson	-0,652**	1
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	24	24

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El coeficiente de correlación lineal de Pearson en contraste con el Soporte Social y Depresión del paciente indica una pendiente de $-0,652^{**}$; con lo cual manifiesta tener un índice de correlación “Significativo” entre variables. Adherido a este resultado, es necesario manifestar que existe una “Relación negativa”, por lo tanto, se rechaza nuestra Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alternativa.

4.2.2. Prueba de las hipótesis específicas.

4.2.2.1. Hipótesis específica 1 - apoyo emocional.

		Promedio	Promedio apoyo emocional
Promedio	Correlación de Pearson	1	-0,666**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	24	24
Promedio apoyo emocional	Correlación de Pearson	-0,666**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	24	24

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

A. Hipótesis de trabajo.

Hipótesis Nula H0:

El apoyo emocional, no tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

Hipótesis alterna Ha:

El apoyo emocional, tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson en contraste con la dimensión de Soporte Social llamada apoyo emocional que percibe el paciente indica una puntuación de -0,666**, por lo cual, puntualiza tener un índice de correlación “Significativo” entre la Variable depresión y la dimensión de soporte social “Apoyo emocional”. Por lo cual, se admite nuestra hipótesis específica.

4.2.2.2. Hipótesis específica 2 - apoyo instrumental

		Promedio	Promedio apoyo instrumental
Promedio	Correlación de Pearson	1	-0,420*
	Sig. (bilateral)		0,041
	N	24	24
Promedio ayuda material	Correlación de Pearson	-0,420*	1
	Sig. (bilateral)	0,041	
	N	24	24

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

A. Hipótesis de trabajo

Hipótesis Nula H0:

El apoyo instrumental, no tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

Hipótesis alterna Ha:

El apoyo instrumental, tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson en contraste con la dimensión de Soporte Social llamada “Apoyo instrumental” que percibe el paciente, indica una puntuación de -,420*, por lo que, puntualiza tener un índice de correlación “Significativo” entre la Variable Depresión y la dimensión de soporte social “Apoyo instrumental”. Por lo cual, se admite la segunda hipótesis específica.

4.2.2.3. Hipótesis específica - interacción social

		Promedio	Promedio interacción social
Promedio	Correlación de Pearson	1	-0,673**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	24	24
Promedio relaciones sociales	Correlación de Pearson	-0,673**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	24	24

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

A. Hipótesis de trabajo.

Hipótesis Nula H0:

La interacción social, no tienen relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

Hipótesis alterna Ha:

La interacción social, tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson en contraste con la dimensión de Soporte Social llamada “Interacción Social” que percibe el paciente, indica una puntuación de -,673**, por lo que, puntualiza tener un índice de correlación “Significativo” entre la Variable Depresión y la dimensión de soporte social llamada “Interacción Social”. Por lo cual, se admite la tercera hipótesis específica planteada.

4.2.2.4. Hipótesis específica - apoyo afectivo

		Promedio	Promedio de apoyo afectivo
Promedio	Correlación de Pearson	1	-0,624**
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	24	24
Promedio de interacción afectiva	Correlación de Pearson	-0,624**	1
	Sig. (bilateral)	0,001	
	N	24	24

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

A. Hipótesis de trabajo

Hipótesis Nula H0:

El apoyo afectivo, no tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

Hipótesis alterna Ha:

El apoyo afectivo, tiene relación negativa con el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de Salud “La Libertad”.

El coeficiente de correlación lineal de Pearson en contraste con la dimensión de Soporte Social llamada “Apoyo Afectivo” que percibe el paciente, indica una puntuación de -,624**, por lo que, puntualiza tener un índice de correlación “Significativo” entre la Variable Depresión y la dimensión de soporte social “Apoyo Afectivo”. Por lo cual, se admite la cuarta hipótesis específica planteada.

4.3. Discusión de los resultados

En el siguiente capítulo se presenta el análisis de los resultados recabados, en base a la encuesta realizada a los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, contrastándolas con los antecedentes expuestos anteriormente, con la finalidad de responder al objetivo de la presente investigación, el mismo que fue determinar el nivel de depresión según el soporte social percibido en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, detallando la percepción que tienen sobre el soporte social y sus dimensiones, así como; el nivel de depresión que pueda existir en los pacientes, para finalmente analizar la relación existente entre estas dos variables.

La muestra estuvo compuesta por 24 pacientes entre varones y mujeres diagnosticados con tuberculosis de tipo pulmonar frotis positivo, los que fueron evaluados para determinar los niveles de depresión y soporte social que presentan al recibir el tratamiento en el Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud “La Libertad”.

En aras de responder a los objetivos propuestos, puntualizamos el objetivo general el cual pretendió entender la relación que existe entre el nivel de depresión según el soporte social en los pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo; los resultados indican que el 38% de los pacientes presentan niveles de depresión entre leve (29.17%) y moderado (8.33%), encabezando el primero; mientras que, el 62% indica no presentar síntomas depresivos. Por otra parte, la variable de soporte social indica que los pacientes perciben niveles medios (20.83%) y mínimos (16.67%) en un total de 37.5 %, predominando también el primero; Por otro punto el 62.50% percibe un nivel máximo de apoyo social. Estos resultados en contraste con Córdova (2015), quien tuvo como propósito determinar la relación existente entre las mismas variables de la presente investigación, niveles de depresión y soporte social en los pacientes del programa de tuberculosis pulmonar con una muestra censal de 31 pacientes, donde conoció en la variable depresión que, el 32.3% de los pacientes presenta depresión

mínima o ausente, un 29% con depresión leve y 25,8% depresión moderada, el 12,9% depresión grave; en la variable Soporte Social que, el 51,6% percibía un soporte social moderado, el 29% un nivel bajo, siendo la correlación de Pearson indirecta significativa entre las variables y sus dimensiones. En consecuencia, el resultado enriquece la postura planteada y determina el objetivo de la presente investigación estableciendo que, existe una correlación indirecta significativa entre el nivel de Depresión y el Soporte social; en otras palabras, se establece que “mientras mayor sea el Soporte Social menores síntomas o niveles de depresión presentará el paciente con tuberculosis pulmonar frotis positivo del Centro de Salud - La Libertad”. Afirmando, además la teoría que Plantea Gaviria (1983) donde asevera que, las personas que mantienen una adecuada red social y un nivel moderado de soporte social, manifestarán menores síntomas de malestar psicológico en situaciones críticas o de conflicto; por ende, un adecuado nivel de soporte social interviene a aminorar el nivel de depresión en las personas y mejorar el estado de salud física de las mismas. Por el contrario, entender que la presencia de niveles altos de depresión da pie a efectos negativos sobre la salud física y también al tratamiento que recibe el paciente. (Cayo, 2002).

Por otra parte, el primer objetivo específico fue conocer el apoyo emocional y su relación con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, este apoyo es considerado como el más relevante, House (1981) indica que el soporte emocional provee al individuo de estima, afecto, seguridad, confianza y atención. Vale adherir que este apoyo se relaciona con la familia y amigos, donde se incluyen palabras de aliento, la percepción de la compañía, la aceptación y preocupación por el cuidado; el resultado determinó que el 70.83% percibe apoyo emocional máximo, el 16,67% mínimo y el 12,50% medio; fijándose que el nivel de correlación es significativo “negativo” con una correlación de Pearson de $-0,666^{**}$ afirmando la hipótesis planteada. Al relacionar con el nivel de depresión de los pacientes, podemos determinar que mientras mayor sea el nivel de soporte social en el

área de apoyo emocional, menor será el nivel de depresión. Contrastando este resultado con Vergara y Amalga (2014), quienes afirman que, a mayor apoyo emocional, la persona percibe mayor estabilidad y control de sus procesos, por consiguiente, es necesario recalcar la importancia de involucrar a los familiares en el proceso de recuperación del paciente diagnosticado con tuberculosis como fuente de apoyo y la ausencia o pérdida de la red de amigos y familiares, es sin duda un factor amenazante para los pacientes que presentan problemas de salud física y mental. Estos resultados guardan relación con la investigación planteada como antecedente de Torres (2002), la misma que estuvo conformado por 175 pacientes en la ciudad de Lima, donde estableció que el 54,01% de los pacientes cuentan con apoyo emocional en el caso de los pacientes nunca tratados, disminuyendo el riesgo a deprimirse, mientras que, en el caso de los pacientes crónicos, solo el 31,60% percibe apoyo emocional, lo que les genera estados de tristeza, insatisfacción e irritabilidad con su entorno.

Respecto al objetivo que se planteó para conocer la ayuda material y su relación con el nivel de depresión, se ha determinado que el 70,83% percibe un máximo nivel de ayuda material, 16,67% de ayuda medio y por último 12,50% ayuda mínima. Al correlacionar ayuda material con el nivel de depresión se determina que existe un nivel de correlación significativo “negativo” de $-0,420^*$. Por lo que se entiende que, el 70,83% de los pacientes está recibiendo algún tipo de aporte relacionado al recurso monetario, remesas, ropa, alimentos, ayuda para realizar una actividad específica, entre otros Sánchez (2000); este apoyo contribuye a que el nivel de depresión leve a moderado disminuya. Por otro lado, Hoyos (2017) enfatizó que no solo la familia pertenece a esta dimensión si no también, el paciente percibe la ayuda material por parte del personal médico como satisfactoria, ya que este tiene efecto en los factores personales y sociales, por tanto, resulta importante también el trato, apoyo e información que pueda recibir el paciente por el personal médico y asistencial del centro de salud.

En relación al apoyo para la distracción o también llamado integración social y su relación con el nivel de depresión, se ha podido determinar que el 58,33% percibe un nivel máximo, el 20,83% medio y mínimo, siendo el coeficiente de correlación “negativo” con un nivel de significancia de -0,673. Es necesario precisar que la dimensión de Apoyo para la distracción considera las actividades recreativas donde la persona comparte y se incluye en un grupo social, evitando la soledad como malestar, y fortaleciendo los vínculos con sus semejantes cercanos. Argye (1992); esta dimensión a diferencia de las cuatro planteadas en los resultados obtiene menores valores respecto a su puntuación, alcanzando el 41,66% de los pacientes evaluados; citamos una de las causas; por Torres (2002) donde nos manifiesta que la tuberculosis perturba la vida cotidiana de toda aquella persona que la contraiga, ya que se estigmatiza socialmente al individuo; y sus redes sociales sufren una reducción considerable, convirtiéndose en constantes frustraciones conllevándolo a retraerse socialmente. En otro punto, el desconocimiento de los familiares pese a ya estar controlada la enfermedad, obliga al paciente a continuar aislándose generando ciertos síntomas depresivos.

Finalmente, se indica el apoyo afectivo y la relación con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, donde se pudo conocer que el 70.83% de los pacientes percibe un nivel máximo de apoyo afectivo, el 16.67% mínimo, y el 12.50% medio. A su vez, se llegó a establecer que existe una correlación “negativa” significativa en base a -0,624 entre la variable Depresión y la dimensión Apoyo afectivo. En contraste a la investigación realizada por Torres (2002) quien determinó que el área de soporte social llamada Apoyo afectivo, los pacientes percibían un nivel de apoyo en un 54.01%. Lázarus (1996) manifiesta que para reducir los niveles de estrés la persona debe percibir ciertos recursos que den respuesta a las necesidades solicitadas, cuando este recurso interpersonal no existe o falla, la persona se dirige a un estado emocional negativo como la ansiedad y depresión.

Dentro del análisis complementario de otras variables, se determinó que el (33%) de la población censal, está constituido por jóvenes entre 16 y 30 años de edad, el (25%) se encuentra entre los 31 y 45 años, el 21 % entre los 46 y 59 años, el (17%) entre los 60 y 74 años de edad, y finalmente el (4.2%) con solo 15 años. Este dato nos permite determinar y corroborar con lo señalado por (Margarita, 2002) donde identificó que la tuberculosis pulmonar se manifiesta entre los 15 años de edad y los 44 años, y puede manifestarse en los años más productivos de sus vidas, determinándose en este caso que la presente investigación corrobora dicho planteamiento del problema como una de las razones para ser investigada. Y según el Plan contra la Tuberculosis del Ministerio de Salud (1999) indica que, esta enfermedad puede matar más adolescentes y adultos que cualquier otra infección aislada, y el grupo de varones sería el más afectado a diferencia de las mujeres. En esta misma instancia, corroboramos este antecedente ya que, el 67% de la muestra evaluada son varones diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, mientras que, el 33 % son mujeres.

En la investigación realizada por (Carranza & Ibañez, 2016) se determinó que mediante la búsqueda y exploración del contenido de diez artículos, el 90% de estos evidenciaron que el soporte social es vital para incrementar la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis. Es necesario entender que, el soporte social es la disponibilidad de sujetos en quien el paciente sea el caso, puede confiar, percibe que es valorado y que es digno de sentir aprecio por parte de los demás. House (1981).

En la investigación realizada por (Quispe, 2016) se determinó que, el 55% de los pacientes percibía la participación de sus familiares medianamente favorable, sin embargo las dimensiones que carecían eran de apoyo económico y afectivo durante el tratamiento hacia el paciente. Se concluyó que, el 50% percibe que sus relaciones intrafamiliares son medianamente favorables y que la familia es partícipe, pero existen carencias como el apoyo económico y/o emocional durante el tratamiento. A diferencia de la investigación que se plantea como

antecedente, se ha determinado que el 70,83% precisa percibir un nivel máximo de apoyo emocional y de la misma manera en la ayuda material. Por tanto, existe cierta diferencia en el nivel de apoyo material y emocional percibido. Las posibles razones de que sus resultados sean distintos es que, el instrumento aplicado solo evalúa el área intrafamiliar y familiar, reduciendo la red de apoyo a la familia. La disimilitud nacería en base a que el cuestionario de MOS no solo evalúa el soporte social familiar, si no en sus demás redes de apoyo como amigos e instituciones, los mismos que podrían aportar apoyo emocional y económico.

CONCLUSIONES

1. Existe relación negativa (inversa) entre el soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de salud “La Libertad”, de manera que a mayor nivel de soporte social percibido conlleva a menor nivel de depresión.
2. Existe relación negativa (inversa) entre la dimensión de soporte social llamada “Apoyo emocional” y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de salud “La Libertad”, de manera que, a mayor apoyo emocional percibido, menor nivel de depresión.
3. Existe relación negativa (inversa) entre la dimensión de soporte social llamada “Apoyo instrumental” y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de salud “La Libertad”, de manera que, a mayor apoyo instrumental percibido, menor nivel de depresión.
4. Existe relación negativa (inversa) entre la dimensión de soporte social llamada “Interacción social” y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de salud “La Libertad”, de manera que, a mayor Interacción social, menor nivel de depresión.
5. Existe relación negativa (inversa) entre la dimensión de soporte social llamada “Interacción afectiva” y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo del centro de salud “La Libertad”, de manera que, a mayor Apoyo afectivo percibida, menor nivel de depresión.
6. Según las relaciones establecidas entre los hallazgos encontrados en la investigación, se puede mencionar que la percepción concerniente al apoyo social dentro del proceso de atención al paciente con tuberculosis, tiene efectos negativos en los niveles de depresión.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud del Centro de Salud “La Libertad”, solicitar y participar en capacitaciones sobre la importancia del soporte social y su influencia en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis pulmonar frotis positivo.
2. Al personal de salud del Centro de Salud “La Libertad”, solicitar y participar en capacitaciones sobre el estado emocional y la importancia de este, en la adherencia al tratamiento y la salud mental del paciente.
3. Al personal de salud del Centro de Salud “La Libertad”, fomentar la participación de organizaciones, iglesias, clubes, y otros establecimientos de salud donde puedan interactuar y socializar.
4. A la familia del paciente que recibe asistencia médica y psicológica del Centro de Salud “La Libertad”, involucrarse y brindar apoyo emocional al paciente.
5. A los futuros investigadores académicos, estudiar los diferentes tipos de diagnóstico sobre Tuberculosis, con la finalidad de contrastar si los resultados difieren según el tipo de diagnóstico y tratamiento, entre ellos los nunca tratados y los pacientes crónicos.
6. A los profesionales encargados de la salud mental, diseñar programas de intervención psicológicos para los pacientes con Tuberculosis no solo de tipo pulmonar sino también los extras pulmonares y drogo resistentes, teniendo como principal objetivo la correcta adherencia al tratamiento y el fortalecimiento de su estado emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Balcázar, L., Ramírez, Y., & Alonso, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista Española Médico Quirúrgica*, 9.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana*, 7.
- Bermejo, M., Clavera, I., Michel, F., & Marín, B. (2007). Epidemiología de la tuberculosis. *Scielo*, 5.
- Camacho, J. (2003). *Investigación en salud mental*. Obtenido de Fundación foro: <https://www.fundacionforo.com/>
- Carranza, E., & Ibañez, L. (2016). *Efectividad del soporte familiar para incrementar la adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis*. Lima: Universidad Nobert Wiener.
- Cayo, N. (2002). Depresión en personas que viven con VIH. *Revista de Psicología de la PUCP*, 83.
- CONSULTORIO PSICOLOGICO - UNSM. (s.f.). *Inventario de Depresión de Beck*. Lima: UNSM.
- Córdova, J. (2015). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Sansa Adriana, Juliaca 2015*. Juliaca: Universidad Peruana Unión.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 5.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 5.
- DIRESA JUNÍN. (2018). *Estrategia Sanitaria de Control de Tuberculosis*. Huancayo: Área de Estadística e Informática.
- Fernandez Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periféria*, 16.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. . Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. .

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw - Hill / InterAmericana Editores S.A de C.V.
- Herrera, B., & Nogueras, V. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud.
- Hoyos Muñoz, S. (2017). *Apoyo social percibido por personas con depresión y su implicación en la adherencia al tratamiento*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana .
- Hoyos, S. (2017). *Apoyo social percibido por personas con depresión y su implicación en la adherencia al tratamiento*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Instituto de Salud Global Barcelona. (24 de Marzo de 2015). *IsGlobal*. Obtenido de https://www.isglobal.org/es/web/guest/video/-/asset_publisher/fXC2c747BWmd/content/7-facts-about-tuberculosis-and-a-reason-for-hope?gclid=EAiaIQobChMIhP29iJro2QIVREwNCh3D1g4yEAAAYASAAEgI2jvD_BwE
- Libertad, A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 281.
- Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso Salud Enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*.
- López de Roda, A. B., & Chacón Fuertes, F. (1990). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología social*, 7.
- Margarita, M. (2002). *Estudio Comparativo en Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte Social*. Obtenido de Universidad Nacional Mayor de San Marcos: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/2725/Torres_um.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez Roldan, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. México: UDLAP.
- Mayow Ige, O., & Olufolahan Lasebikan, V. (8 de Diciembre de 2011). *National Library of Medicine National Institutes of Health*. Obtenido de National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487604/>

- MINSA. (2006). *NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS*. Lima: Cartolan E.I.R.L.
- MINSA. (2010). *Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis*. Lima: MINSA.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Unitat Antropología*, 70-83.
- Mohammed, H., Sam, D., Imram, C., Nadeem, R., & Waquas, W. (26 de Febrero de 2008). *National Library of Medicine National Institutes of Health*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2288599/>
- Montero Rojas, M. V. (2008). *NIVELES DE DEPRESION Y AUTOESTIMA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS SENSIBLE Y MULTIDROGORESISTENTE DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION - HUANCAYO 2008*. UNCP, Junín. Huancayo: UNCP. Recuperado el Martes de Abril de 2018
- Montero Rojas, M. V., & Salvatierra Villanueva, E. R. (2008). *Niveles de depresión y autoestima en pacientes con tuberculosis sensible y multidrogoresistente del hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo - 2008*. Huancayo: UNCP.
- Morales, H. (2015). *Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud-Lima, Año 2015*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- MSP. (2015). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Quito: Guía Práctica Clínica.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO.INT: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=PE&outtype=html&LAN=ES
- OMS. (2017). *Informe mundial sobre la tuberculosis 2017*. Ginebra. Obtenido de http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1
- OMS. (Marzo de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>

- OMS. (17 de 11 de 2017). *Who*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/commitment-end-tuberculosis/es/>
- OMS. (2018). *Tuberculosis*. Obtenido de Who: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
- Peña Gonzales, S. (2007). *Factores socioculturales e institucionales relacionados a la depresión en pacientes en tratamiento contra la tuberculosis en el Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Quevedo, P., Sánchez, L., Villaba, K., & Velasquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centro de salud. *Revista enfermería Herediana*, 11-16.
- Quispe, C. (2016). *Participación familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa TBC de la red asistencial Essalud Tacna - 2016*. Puno: Universidad Nacional del altiplano.
- Radio Programas del Perú. (09 de 11 de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de PAHO: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1931:per-u-primero-casos-tuberculosis-resistente-region&Itemid=817
- Reyes, R. M. (26 de Abril de 2008). *Depresión puede dificultar éxito en tratamiento de tuberculosis, advierten*. Obtenido de Andina: <http://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=171983>
- Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos 2008.
- Soto Cabezas, M. G. (2015). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú*. Lima.
- Soto Cabezas, M. G., Munayco Escate, C., Medina Osis, J. L., Reyes Vega, M. F., & Berto Gonzales, M. (2016). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015*. Lima: Edición electrónica. Obtenido de <http://www.dge.gob.pe>
- Stead, B. (1993). *The history of tuberculosis as a global epidemic*. Medicina Clínica Norte Americana.

- Torres, M. (2002). *Estudio comparativo en Enfermos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de Depresión y Soporte Social*. Lima: UNMS.
- Triola, M. (2009). *Estadística. Décima edición*. Juárez: Pearson Educación.
- Universidad de Jaén. (s.f.). *Introducción a la Psicología*. Obtenido de Ujaen: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema5>
- UNMSM. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI*, 1-14.
- Valencia Mirada, A. G. (2003). *Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Valencia Miranda, A. G. (2003). *Niveles de depresion en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002*. Lima: UNMSM.
- Vega, J., Coronado, O., & Guido, M. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general . *Rev. Neuropsiquiatr*, 96.
- Vinaccia, S., Margarita Quiceno, J., Fernandez, H., Elena Pérez, B., Olga Sánchez, M., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 1.
- Yactayo Gonzales , L. E. (Diciembre de 2015). *Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero - Julio 2015*. Obtenido de http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3373/7/LUIS_ENRIQUE_YACTAYO_GONZALES.pdf

ANEXOS**Anexo 1:**

Autorización para ejecutar Tesis al director de la Red de Salud Valle del Mantaro.

TRAMITE DOCUMENTARI
N° REGISTRO
06 DIC. 2018
RECEPCION
HORA: 9:23 FOLIO:
FIRMA:

SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR TESIS

SEÑOR: DIRECTOR DE LA RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Yo, **Torres Salcedo Álvaro Alejandro**, Bachiller de la Facultad de Psicología de la Universidad Continental, identificado con n° de DNI 71872051, ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

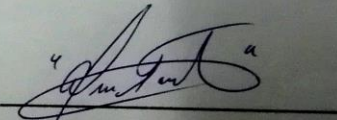
Que, deseo realizar la ejecución de mi plan de tesis titulado **"NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO"** a los pacientes que reciben atención en el área de Estrategia Sanitaria del Centro de Salud "La Libertad", solicito a usted autorización con el fin de contribuir y mejorar el nivel de conocimiento para poder reducir la incidencia y prevalencia de los casos de tuberculosis identificados.

Por lo expuesto:

Solicito a usted, tenga bien a acceder a mi solicitud, por ser de justicia.

Huancayo, 06 de noviembre del 2018

Atentamente



TORRES SALCEDO ALVARO ALEJANDRO
DNI 71872051

Anexo 2:**Modelo de consentimiento informado de la muestra.**

Fecha_____

Yo _____, paciente en tratamiento del Programa de control de tuberculosis del Centro de Salud "La Libertad", en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación "Nivel de depresión según soporte social en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo", conducido por el tesista bachiller Alvaro Alejandro Torres Salcedo, investigador de la Universidad Continental para optar el grado de Licenciado.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Sr. Alvaro Alejandro Torres Salcedo.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico 71872051@continental.edu.pe o al teléfono 928435584.

Nombre y firma del participante

Investigador Responsable

Anexo 3:

Criterio de Juez, Mg. Fidencio Carrera Valverde. Inventario depresión Beck.



Universidad
Continental

FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO
OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del instrumento: INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK
2. Título de la investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo
3. Autor del instrumento: Aaron T. Beck
4. Nombre del juez/experto: Fidencio Eduardo Carrera Valverde
5. Título profesional: Psicólogo
6. Grado académico: Magister

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS		VALORACION		Observaciones
		SI	NO	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	X		
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	X		
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	X		
4. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	X		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	X		
6. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	X		
8. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	X		
10. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	X		

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación (X)
- No procede su aplicación ()

Fidencio E. Carrera Valverde
Mg. Fidencio E. Carrera Valverde
PSICÓLOGO
C.P.A. 0814

DNI: 20056960

Anexo 4:

Criterio de Juez, Mg. Fidencio Carrera Valverde. Cuestionario de MOS de apoyo social percibido



FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO
OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del Instrumento: Cuestionario de MOS de apoyo social percibido
2. Título de la investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo.
3. Autor del Instrumento: Sherbourne y Cols. Año 1991
4. Nombre del juez/experto: Fidencio Edmundo Carrera Valverde.
5. Título profesional: Psicólogo.
6. Grado académico: Magister.

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS		VALORACION		Observaciones
		SI	NO	
11. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	X		
12. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	X		
13. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	X		
14. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	X		
15. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	X		
16. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	X		
17. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	X		
18. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	X		
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	X		
20. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	X		

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación (X)
- No procede su aplicación ()

Fidencio E. Carrera Valverde
Mg. Fidencio E. Carrera Valverde

PSICÓLOGO

C.P.P. 0814

FIRMA

DNI: 20056960

Anexo 5:

Criterio de Juez, Lic. Katherine Arellano Curisinche. Cuestionario de MOS de apoyo social percibido



FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del instrumento: Cuestionario de MOS de apoyo social percibido
2. Título de la investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo.
3. Autor del instrumento: Sherbourne y Cols. Año 1991
4. Nombre del juez/experto: KATHERINE ARELLANO CURISINCHE
5. Título profesional: PSICOLOGA
6. Grado académico: _____

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS	VALORACION		Observaciones
	SI	NO	
11. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	<input checked="" type="checkbox"/>	
13. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	
14. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	<input checked="" type="checkbox"/>	
15. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	
16. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	<input checked="" type="checkbox"/>	
17. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
18. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	<input checked="" type="checkbox"/>	
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	<input checked="" type="checkbox"/>	
20. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación ()
- No procede su aplicación ()



Katherine Arellano Curisinche
PSICOLOGA
C.P. F. 10157

FIRMA

DNI: 46093838

Anexo 6:

Criterio de Juez, Lic. Katherine Arellano Curisinche. Inventario de Depresión Beck


**FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO
OPINIÓN DE EXPERTOS**
I. DATOS GENERALES

1. Nombre del instrumento: INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK
2. Título de la Investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo
3. Autor del instrumento: Aaron T. Beck
4. Nombre del juez/experto: KATHERINE ARELLANO CURISINCHE
5. Título profesional: PSICOLOGA
6. Grado académico: _____

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS		VALORACION		Observaciones
		SI	NO	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	/		
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	/		
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	/		
4. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	/		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	/		
6. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	/		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	/		
8. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	/		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	/		
10. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	/		

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación (/)
- No procede su aplicación ()



Katherine Arellano Curisinche
PSICOLOGA
C.Ps.P. 19157

FIRMA

DNI: 46093838

Anexo 7:

Criterio de Juez, Lic. Madeleme Paredes Gutarra. Cuestionario de MOS de apoyo social percibido.



FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO
OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

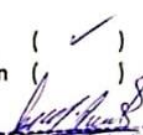
1. Nombre del instrumento: Cuestionario de MOS de apoyo social percibido
2. Título de la investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo.
3. Autor del instrumento: Sherbourne y Cols. Año 1991
4. Nombre del juez/experto: MADELEME PAREDES GUTARRA
5. Título profesional: Psicóloga
6. Grado académico: Lic.

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS		VALORACION		Observaciones
		SI	NO	
11. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	/		
12. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	/		
13. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	/		
14. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	/		
15. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	/		
16. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	/		
17. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	/		
18. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	/		
19. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	/		
20. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	/		

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación ()
- No procede su aplicación ()


Lic. Madeleme Paredes Gutarra
C.O.P.S. PSICÓLOGA P. 1242

FIRMA

DNI: 07542857

Anexo 8:

Criterio de Juez, Lic. Madeleme Paredes Gutarra. Inventario de Depresión Beck.



Universidad
Continental

FICHA DE VALIDEZ DE CONTENIDO
OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Nombre del instrumento: INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK
2. Título de la investigación: Nivel de depresión según el soporte social en pacientes diagnosticados con Tuberculosis pulmonar frotis positivo
3. Autor del instrumento: Aaron T. Beck
4. Nombre del juez/experto: Madeleme Paredes Gutarra
5. Título profesional: Psicóloga
6. Grado académico: Lic.

II. ASPECTOS A EVALUAR

CRITERIOS		VALORACION		Observaciones
		SI	NO	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje claro y apropiado.	/		
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.	/		
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica.	/		
4. ORGANIZACIÓN	Exige una organización lógica.	/		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad.	/		
6. ADECUACIÓN	Adecuado para evaluar el constructo o variable a medir.	/		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos.	/		
8. COHERENCIA	Entre las definiciones, dimensiones e indicadores.	/		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la medición.	/		
10. SIGNIFICATIVIDAD	Es útil y adecuado para la investigación.	/		

III. CRITERIO DE VALORIZACIÓN DE JUEZ:

- Procede su aplicación (/)
- No procede su aplicación ()

Madeleme Paredes Gutarra
LIC. MADELEME PAREDES GUTARRA
PSICOLOGA-C P.S.P. 1742

FIRMA


DNI: 09542857

Anexo 9:
Matriz de consistencia


PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Existe relación negativa entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud “La Libertad”?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud “La Libertad”.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL (1) Existe relación negativa entre el Soporte Social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud “La Libertad”.</p>	<p>VARIABLES:</p> <p>1. DEPRESIÓN</p> <p>NIVELES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No Depresión - Depresión leve - Depresión moderada - Depresión severa <p>2. SOPORTE SOCIAL</p> <p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional - Apoyo instrumental - Interacción social - Apoyo afectivo 	<p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo <p>MÉTODO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Científico <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo / correlacional, inverso negativo. <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según su finalidad Básica - Según su alcance temporal: Seccional - Según su profundidad Descriptiva - Según las fuentes: mixta <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Transaccional, Descriptivo <p>POBLACIÓN: La población estuvo conformada por 24 pacientes diagnosticados con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo del Centro de Salud “La Libertad”.</p> <p>MUESTRA: Se utilizó el censo para el desarrollo de la investigación.</p> <p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>ENCUESTA/INSTRUMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de MOS de apoyo social. - Inventario de depresión Beck. <p>TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Univariante.
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>PE1: ¿Existe relación negativa entre el apoyo emocional y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?</p> <p>PE2: ¿Existe relación negativa entre el apoyo instrumental y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?</p> <p>PE3: ¿Existe relación negativa entre la interacción social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?</p> <p>PE4: ¿Existe relación negativa entre el apoyo afectivo y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>OE1:Determinar el apoyo emocional y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>OE2:Determinar el apoyo instrumental y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>OE3:Determinar la interacción social y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>OE4: Determinar el apoyo afectivo y su relación negativa con el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H1: Existe relación negativa entre apoyo emocional y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>H2: Existe relación negativa entre el apoyo instrumental y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>H3: Existe relación negativa entre la interacción social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p> <p>H4: Existe relación negativa entre el apoyo afectivo y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo.</p>		

Anexo 10:

Tarjeta de control de tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar frotis positivo.



REGION JUNÍN
DESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD



Ministerio de Salud

ANEXO N° 6 TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

Fecha de registro: 05.09.18
N° de caso: 023-18

Dirección de Salud: TUNIN Red de Salud: R.S.V.M.
Mircorred: LA LIBERTAD Establecimiento de Salud: C.S. LA LIBERTAD
Médico tratante: _____ N° Historia Clínica: 126718

Apellidos: _____
Nombres: _____

Sexo: M F Edad: 32a. Peso: 55 kg. Talla: 1.67 mts.
Fecha Nacimiento: 19.06.86 DNI: 44902875 Teléfono: 966162304

Dirección: AV. JOSE OUYA - PTE SAN MARTIN 120
Distrito: HUANCAYO Provincia: HUANCAYO Departamento/Región: TUNIN

LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marque una casilla)

Pulmonar Extrapulmonar (especifique) _____

* Con confirmación bacteriológica SI No

CONDICIÓN DE INGRESO (marque una casilla)

Nuevo Abandono recuperado

Recaida Transferencia recibida

Fracaso Otra: _____ (especifique)

Seguro: SIS ESSALUD () OTRO: 30.08.18
Fecha de inicio de tratamiento: _____
Fecha esperada de fin de tratamiento: 30.02.19

I. PRIMERA FASE
Esquema de tratamiento

2HREZ / 4H₃R₃.

(especificar en siglas)

Medicamento	Dosis mes 1	Dosis mes 2
Rifampicina (R)	<u>600mg</u>	<u>600mg</u>
Isoniacida (H)	<u>300mg</u>	<u>300mg</u>
Etambutil (E)	<u>1200mg</u>	<u>1200mg</u>
Pirazinamida (Z)	<u>1500mg</u>	<u>1500mg</u>
Estreptomina (S)	<u>-</u>	<u>-</u>

Drogadicción SI No
 Tabaquismo SI No
 Alcoholismo SI No

Mes	Fecha	Resultado de baciloscopia	Resultado de cultivo	Peso (kg)	Fecha de próxima consulta
0	<u>01.09.18</u>	<u>++ 5929</u>		<u>55 Kg</u>	<u>01.10.18</u>
1	<u>01.10.18</u>	<u>C- 26750</u>		<u>56 Kg</u>	<u>01.11.18</u>
2	<u>08.11.18</u>	<u>C- 3835</u>		<u>57 Kg</u>	<u>01.12.18</u>
3	<u>10.12.18</u>	<u>(-) 4382</u>		<u>58 Kg</u>	<u>01.01.19</u>
4					
5					
6					

Prueba de Sensibilidad:
 Método: GENOTYPE - MTBDR-PLUS
 Fecha: 11-09-2018
 Resultado: SENSIBLE H-R

TB-VIH		Resultado*
Fecha	Fecha	Resultado*
Prueba de VIH	<u>03.09.18</u>	<u>No Reactivo</u>
CD4		
Inicio de TPC*		
Inicio de TARGA*		


*Resultados de VIH: +positivo; -negativo; ND=no se realizó; los pacientes VIH positivos deben ser derivados al consultorio de VIH, TPC=terapia preventiva con cotrimoxazol; TARGA=tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Diabetes Mellitus	
Resultado de Glicemia	<u>84.2 mg/dl</u>
Fecha diagnóstico de DM	
Fecha inicio de tratamiento	


Beneficiario de PANTBC SI No
 Bateria de exámenes de laboratorio:
 Completa
 Parcial
 No realizada

Anexo 11:

Tarjeta de control de tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar frotis positivo.



REGION JUNÍN
DESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD



Ministerio de Salud

ANEXO N° 6 TARJETA DE CONTROL DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

Fecha de registro: 05.09.18
N° de caso: 023-18

Dirección de Salud: TUNIN Red de Salud: R.S.V.M.
Mircorred: LA LIBERTAD Establecimiento de Salud: C.S. LA LIBERTAD
Médico tratante: _____ N° Historia Clínica: 126718

Apellidos: _____
Nombres: _____

Sexo: M F Edad: 32a. Peso: 55 kg. Talla: 1.67 mts.
Fecha Nacimiento: 19.06.86 DNI: 44902875 Teléfono: 966162304

Dirección: AV. JOSE OUYA - PTE SAN MARTIN 120
Distrito: HUANCAYO Provincia: HUANCAYO Departamento/Región: TUNIN

LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marque una casilla)

Pulmonar Extrapulmonar _____
(especifique)

* Con confirmación bacteriológica SI No

CONDICIÓN DE INGRESO (marque una casilla)

Nuevo Abandono recuperado
Recaída Transferencia recibida
Fracaso Otra: _____
(especifique)

Seguro: SIS ESSALUD () OTRO: _____
Fecha de inicio de tratamiento: _____
Fecha esperada de fin de tratamiento: 30.02.19

I. PRIMERA FASE
Esquema de tratamiento

2HREZ / 4H₃R₃.

(especificar en siglas)

Medicamento	Dosis mes 1	Dosis mes 2
Rifampicina (R)	<u>600mg</u>	<u>600mg</u>
Isoniacida (H)	<u>300mg</u>	<u>300mg</u>
Etambutil (E)	<u>1200mg</u>	<u>1200mg</u>
Pirazinamida (Z)	<u>1500mg</u>	<u>1500mg</u>
Estreptomina (S)	—	—

Drogadicción SI No
 Tabaquismo SI No
 Alcoholismo SI No

Mes	Fecha	Resultado de baciloscopia	Resultado de cultivo	Peso (kg)	Fecha de próxima consulta
0	<u>01.09.18</u>	<u>++ 5929</u>		<u>55 Kg</u>	<u>01.10.18</u>
1	<u>01.10.18</u>	<u>C- 26750</u>		<u>56 Kg</u>	<u>01.11.18</u>
2	<u>08.11.18</u>	<u>C- 3835</u>		<u>57 Kg</u>	<u>01.12.18</u>
3	<u>10.12.18</u>	<u>(-) 4382</u>		<u>58 Kg</u>	<u>01.01.19</u>
4					
5					
6					

Prueba de Sensibilidad:
 Método: GENOTYPE - MTBDR-PLUS
 Fecha: 11-09-2018
 Resultado: SENSIBLE H-R

TB-VIH	
Fecha	Resultado*
<u>03.09.18</u>	<u>No Reactivo</u>
CD4	
Inicio de TPC*	
Inicio de TARGA*	

*Resultados de VIH: +positivo; -negativo; ND=no se realizó; los pacientes VIH positivos deben ser derivados al consultorio de VIH, TPC=terapia preventiva con cotrimoxazol; TARGA=tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Diabetes Mellitus	
Resultado de Glicemia	<u>84.2 mg/dl</u>
Fecha diagnóstico de DM	
Fecha inicio de tratamiento	

Beneficiario de PANTBC SI No
 Bateria de exámenes de laboratorio:
 Completa
 Parcial
 No realizada

Anexo 12:

Ubicación para realizar la muestra de esputo.

Anexo 13:

Consultorio para la entrega de medicamentos y evaluaciones.



Anexo 14:

Instalaciones del consultorio del Programa de Control de Tuberculosis.



Anexo 15:

Potes para la entrega de medicamentos.



Anexo 16:

Paciente desarrollando las pruebas correspondientes.



Anexo 17:

Desarrollando las pruebas dentro del Centro de Salud La Libertad



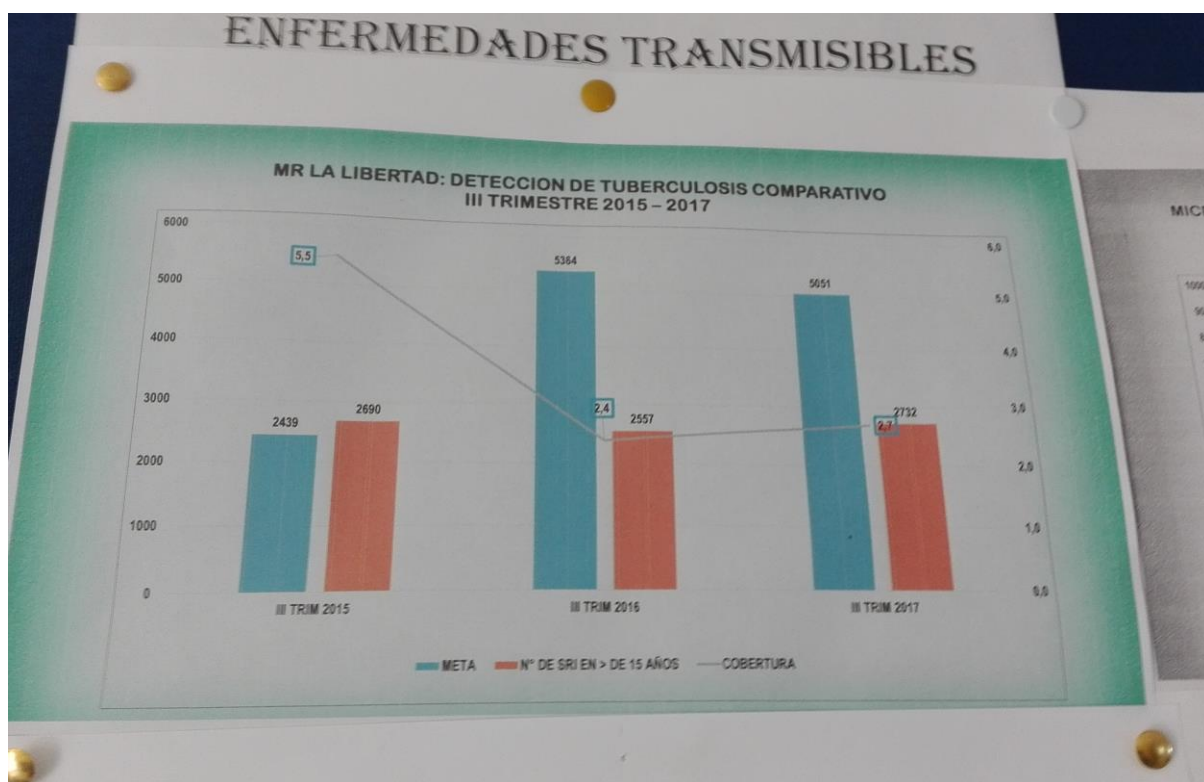
Anexo 18:

Desarrollando las pruebas dentro del Centro de Salud La Libertad



Anexo 19:

Datos estadísticos en el periódico mural del centro de salud “La Libertad”



Anexo 20:

Área para sacar cupos.

