



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis  
de un Hospital de El Empalme, 2022

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTOR:**

Bravo Bustamante, Ingivor Lisseth ([orcid.org/0000-0003-0245-7314](https://orcid.org/0000-0003-0245-7314))

**ASESOR:**

Dr. Castillo Hidalgo, Efrén Gabriel ([orcid.org/0000-0002-0247-8724](https://orcid.org/0000-0002-0247-8724))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**PIURA – PERÚ**

**2023**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis primeramente a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno de los propósitos más importantes de mi vida que es hacer esta maestría.

A mis papás Gilbert y Marlene por brindarme su amor y sobre todo apoyo y comprensión durante este tiempo. Mi mama pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mis las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

A mis hijos Ingivor Analy y Jorge Alayn que probablemente ahora no entiendan mis palabras, pero son quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

A mi esposo Jorge Luis su ayuda fue tan fundamental, ha estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Cuando el trabajo y los estudios ocuparon mi tiempo y esfuerzo. Esto no fue fácil, pero estuviste motivándome y apoyándome siempre, gracias a todo eso hoy puedo con alegría presentar y disfrutar mi tesis.

A mi hermano que con su cariño y presencia me impulsa para seguir adelante, además de saber que mis logros también son de él, a mi sobrina y a mi cuñada que este logro represente un estímulo para continuar adelante. Recuerden que hay mucho camino por recorrer.

## **Agradecimiento**

Al ver resultado logrado con este ambicioso proyecto, solamente se me ocurre una palabra: ¡Gracias!

Le agradezco muy profundamente a mi tutor por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevare grabados para siempre en la memoria.

Agradezco infinitamente a mi familia por el tiempo de apoyo durante todo este proceso que estuvieron a mi lado en los momentos más difícil, y a mis hijos Ingita y Jorgito cuya paciencia fue puesta a prueba en mis incontables ocasiones.

A los docentes que han sido parte de mi camino universitario a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí.

Por último agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Agradezco a cada directivo por su trabajo y por su gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para aprender conocimientos.

## Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de Contenidos .....	iv
Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	6
III. METODOLOGIA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2. Variables y operacionalización .....	14
3.3. Población, Muestra y muestreo .....	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos.....	16
3.5. Procedimiento. ....	17
3.6. Método de análisis de datos .....	18
3.7. Criterios éticos.....	18
IV. RESULTADOS .....	20
V. DISCUSIÓN.....	25
VI. CONCLUSIONES .....	30
VII. RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS .....	32
ANEXOS.....	39

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Relación entre Depresión y Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme .....	20
Tabla 2.	Relación entre Depresión y Dimensión Control de salud en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme.....	21
Tabla 3.	Relación entre Depresión y Dimensión Autocuidado en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme.....	22
Tabla 4.	Evidencia de validez de contenido de la escala de adherencia terapéutica .....	5
Tabla 5.	Evidencia de confiabilidad de la escala de adherencia terapéutica	6
Tabla 6.	Evidencia de validez de contenido del Inventario de depresión de Beck.....	7
Tabla 7.	Prueba de Normalidad de las puntuaciones de depresión y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de un Hospital de El Empalme .....	8

## Índice de Figuras

Figura 1. Diseño de Investigación .....	14
Figura 2. Niveles de Depresión en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme .....	23
Figura 3. Niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme .....	24

## Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme. Se ha desarrollado bajo el enfoque cuantitativo y diseño observacional, de corte transversal. La muestra censal estuvo conformada por 60 pacientes con tuberculosis. Para el recojo de datos se aplicó el inventario de depresión de Beck y la la escala de adherencia terapéutica (EAT) de Soria Trujano et al., (2009). Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS v26, el software libre Jamovi y el análisis correlacional se aplicó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. Los resultados evidencian que existe una correlación estadísticamente significativa, negativa y tamaño del efecto grande entre depresión y adherencia terapéutica. En el análisis descriptivo, se ha identificado una prevalencia del nivel de depresión leve (51.67%) y Alta Adherencia terapéutica (52.86%) y en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme. Se concluye que la depresión es un factor que afecta la adherencia terapéutica de los pacientes con tuberculosis.

**Palabras clave:** Depresión, adherencia terapéutica, pacientes, Tuberculosis

## **Abstract**

The objective of the research was to determine the relationship between Depression and therapeutic adherence in patients with Tuberculosis at a Hospital in El Empalme. It has been developed under the quantitative approach and observational, cross-sectional design. The census sample consisted of 105 patients with tuberculosis. For data collection, the Beck Depression Inventory and the Soria Trujano et al., (2009) Adherence Scale (EAT) were applied. For data analysis, the SPSS v26 program was used, as well as the free software Jamovi and In the correlational analysis, Spearman's rank correlation coefficient was applied. The results show that there is a statistically significant, negative correlation and a large effect size between depression and therapeutic adherence. In the descriptive analysis, a prevalence of the level of depression has been identified. Mild (51.67%) and High Therapeutic Adherence (52.86%) and in patients with Tuberculosis from a Hospital in El Empalme It is concluded that depression is a factor that affects the therapeutic adherence of patients with tuberculosis.

**Keywords:** Depression, therapeutic adherence, patients, Tuberculosis



## I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa ocasionada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* y se transmite de persona a persona mediante aerosoles infectados del paciente que tiene la enfermedad, y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y cerca del 25% de población mundial ha sido contagiado con tuberculosis (Laxminarayan et al., 2016); (World Health Organization, 2021)). La TB por lo general se desarrolla en forma insidiosa y su impacto depende del agente causal, edad, órgano afectado y sistema inmunológico del paciente, ocasionando síntomas sistémicos como pérdida de apetito y peso, fiebre, sudoración nocturna; y específicos del órgano afectado (Caminero et al., 2017).

La tuberculosis es una enfermedad curable y aproximadamente el 85% de pacientes con TB lograrse recuperarse con éxito cuando reciben un tratamiento farmacológico eficaz. Sin embargo, la pandemia Covid-19 ha afectado el abordaje de la tuberculosis a nivel global, habiéndose incrementado el número de casos por fallecimiento, con el primer aumento interanual (5,6%) desde 2005 al nivel de 2017, dado que, en la primera ola epidemiológica, la mitad de pacientes con TB no recibieron tratamiento, no se reportó de casos acerca de la TB resistente y se redujo la prevención de la TB, (World Health Organization, 2021)

En el 2020, a nivel mundial aproximadamente 9.9 millones de personas se contagiaron de TB, y se estima 1.5 millones de fallecimientos por esta infección, de las cuales 214 padecían de VIH. En las Américas, en 2020, se estimaron 291.000 casos de tuberculosis y se estima 27000 decesos por infección de TB, de los cuales el 29% pertenece a co-infección TB/VIH. Además, se identificaron 4007 casos de tuberculosis resistentes, solo el 89% inició tratamiento; y la incidencia de casos de tuberculosis resistente redujo al 29% en comparación con el 53% del año previo. En el Ecuador se encuentra en el puesto 10 de los países con más número de contagios por TB, con una incidencia de 48 casos por cada 100000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La TB es un problema de salud pública del Ecuador por la incidencia epidemiológica, la presencia de tuberculosis resistente a fármacos, la asociación de la Tb con el VIH y diabetes mellitus, y constituye una enfermedad que se presenta prevalentemente en determinados estratos sociales. Es por ello que constituye una enfermedad con atención prioritaria vinculada a las metas del plan Nacional del buen vivir y a la atención primaria de salud y el individuo en su interacción con familia y comunidad de acuerdo al Modelo integral de Salud. En tal sentido el estado ecuatoriano implementa estrategias de atención integral de salud de acuerdo al ciclo vital del individuo (Torres Rodríguez et al., 2017).

En tal sentido, las estrategias de abordaje y prevención de la tuberculosis buscan que el paciente cumpla con el plan de tratamiento, siga la prescripción farmacológica con apego y rigurosidad, además, el paciente y su entorno familiar tengan un estilo de vida saludable, de modo que implemente cambios en su comportamiento relacionado a la salud, que les permita gozar de bienestar y calidad de vida, lo cual está relacionado a factores personales como autoestima, estado de ánimo, control de impulsos, soporte familiar, etc. (Angarita, 2014); (Moscoso et al., 2013).

Sin embargo, un problema muy frecuente en el abordaje de la tuberculosis constituye el cumplimiento parcial del paciente con esquema de tratamiento y luego abandono al tratamiento, además de comportamientos no saludables, y no solo conlleva que el tratamiento sea ineficaz, sino que incrementa la morbimortalidad, y constituye un riesgo de contagio para la población y costo social y económico para el sistema sanitario (Arroyo-Hernández & Torres-Chang, 2018). En tal sentido un abordaje integral que incluya aspectos médicos, como también motivacionales, educativos y actitudinales que incidan en cambio de estilos de vida y autocuidado del paciente reduce la morbimortalidad e incide en la calidad de vida del paciente (Paredo Rosado et al., 2005).

El tratamiento eficaz y oportuno conlleva a la recuperación del paciente y disminuir el contagio en su entorno, y conlleva un tratamiento farmacológico estricto en un periodo de seis meses a más, que permita recuperar su salud, evitar recaídas, resistencias a fármacos, el contagio a otras personas y por ende perpetración de la enfermedad (Gordillo, 2018). La adherencia terapéutica incide en la recuperación del paciente, de modo que el cumplimiento estricto de plan terapéutico y cambio de estilo de vida del paciente es un factor salutogénico del

paciente con TB (Holguín, L. Correa, D. Arrivallaga, M. Cáceres, D. Varela, 2006); OPS, 2011)

La tuberculosis afecta la salud física y emocional del paciente (Koyanagi et al., 2017; Oh et al., 2017). En el tratamiento de la TB, el paciente moviliza recursos personales para adaptarse al tratamiento farmacológico de la TB-MDR, las cuales provocan o exacerban alteraciones de la esfera mental. Además, de ello asumir un estilo de vida saludable que le genere bienestar y calidad de vida y estilo de vida saludable. Sin embargo, es frecuente que los pacientes con TB tengan dificultades para adaptarse al tratamiento de la tuberculosis, más aún que demanda un tiempo aproximado de seis meses a más, y es de esperarse reacciones emocionales y comportamentales como irritabilidad, desánimo, tristeza, pensamientos negativos, indiferencia, negación y por ende cumplimiento parcial y/o abandono del tratamiento (Morales, 2015)

La depresión es un trastorno del estado del ánimo muy frecuente en población adulta y es un factor causal de incapacidad a nivel global (Dahal et al., 2017); (Wu et al., 2020). La depresión es un trastorno mental asociado a la tuberculosis y constituye la segunda causa principal de carga de enfermedad mental (Serrano Becerril et al., 2012; Vigo et al., 2016).

Además, la depresión puede desarrollarse impacto emocional ante el diagnóstico y problemas de adaptación del paciente a la tuberculosis, dado la duración del tratamiento y la estigmatización social que sufre el paciente y limitado soporte social y familiar. (Bonilla-Asalde et al., 2020; Lyketsos, 2010).

En tal sentido la evidencia teórica plantea que la depresión incide negativamente en la adherencia terapéutica (AT) y por ende en la calidad de vida del paciente con TB, de modo que su identificación oportuna ayuda a desarrollar prevención e intervención eficaz. Además, se ha identificado escasos estudios que analizan la relación entre depresión y AT en pacientes con TB, lo cual constituye un vacío en el conocimiento, teniendo en cuenta las características peculiares de la TB, y los cambios que ha sufrido los estilos de vida con la llegada de la pandemia COVID-19, especialmente el incremento de niveles de estrés en población normal y población clínica, factor de vulnerabilidad a desarrollar desajustes emocionales como la depresión

La problemática de incidencia de casos de TB y tuberculosis multidrogoresistente, como cumplimiento parcial y abandono de esquema de tratamiento se presenta en diferentes lugares del Ecuador. Así, en un hospital del Cantón El Empalme, que pertenece a la provincia de Guayas, se observa alta incidencia de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, especialmente mayores de 30 años, tratamiento irregular y frecuentes complicaciones médicas y deterioro de su calidad de vida al no desarrollar un cuidado y tratamiento adecuado, así como contagio de familiares y personas de su contexto social

Por lo anteriormente expresado se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022?

La presente investigación constituye un aporte teórico en el abordaje multidisciplinario de la tuberculosis, de modo que los hallazgos constituyen evidencias empíricas para caracterizar como se asocia la depresión en la adherencia terapéutica en pacientes con TB, más aún cuando son escasos los estudios que correlacionan dichas variables, cuyas investigaciones se han desarrollado en contexto latinoamericano y no se han evidenciado estudios en ámbito ecuatoriano, lo cual constituye un vacío teórico. Además, la investigación permite conocer si desajustes emocionales como la depresión inciden en la adherencia terapéutica del paciente con tuberculosis es relevante en la comprensión de factores personales y psicosociales asociados a la enfermedad, para su abordaje y prevención desde un enfoque holístico y multidisciplinario

La investigación aporta con evidencia de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos para ser aplicados en la medición de los atributos analizados. Por último, la investigación tiene relevancia social dado que analiza factores que inciden en la calidad de vida de personas vulnerables como los pacientes con TB

En tal sentido se ha formulado como objetivo general: Determinar la relación Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022. Los objetivos específicos del estudio son los siguientes: Identificar el nivel de Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022; Identificar el

nivel de Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022; Determinar la relación entre depresión y las dimensiones de adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022.

En tal sentido se ha formulado las siguientes hipótesis general:

H<sub>i</sub>: Existe relación inversa entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022.

H<sub>o</sub>: No existe relación inversa entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

En lo relacionado a trabajos previos, a nivel internacional, (Domínguez Gutierrez, 2022) analizó la AT en pacientes con TB de un Puesto de Salud de San Juan de Lurigancho, Lima (Perú); estudio trasversal correlacional y para el recojo de datos aplicó el test Moriky. Los resultados evidenciaron una prevalencia del nivel medio de adherencia (45%), seguido de alta adherencia (30%) y baja adherencia (25%)

Jiménez y Reinoso (2021) realizaron un estudio con la finalidad de determinar es un factor que incide en la AT y abandono al tratamiento en pacientes con TB de un centro Materno Infantil de Lima (Perú) en el periodo 2016-2020, para lo cual aplicaron un estudio observacional, analítico, de cohorte. Para el recojo de datos aplicaron el análisis documental de 153 historias clínicas. Los resultados evidenciaron que la depresión es un factor de riesgo del abandono y baja adherencia al tratamiento. Además, identificaron que el 53.6% presentaba depresión, una prevalencia de baja adherencia terapéutica (42.5%) y el 18.3% abandono el tratamiento.

Rodríguez (2020) realizó una investigación con la finalidad de determinar la relación entre depresión y AT en pacientes con diabetes mellitus (DM) de un hospital de Piura (Perú) y aplicó un diseño trasversal, observacional. La muestra del estuvo conformada por 228 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados evidenciaron que existe relación entre depresión y AT. Además, identificaron que en depresión prevalece el nivel grave (39.2%) y moderado (19.4%)

Massano-Cardoso et al. (2020) realizaron la investigación con la finalidad de determinar la asociación entre depresión y control glicémico en una muestra de 347 pacientes con DM de un hospital de Coimbra (Portugal) y aplicaron un diseño observacional, trasversal. Para el recojo de datos aplicaron el BDI de Beck, y datos de control glicémico. Los resultados evidenciaron que los pacientes con diabetes mellitus con más síntomas depresivos tuvieron mayor control glicémico, y concluyeron que el ánimo depresivo es un factor mediador en la gestión de estrategias de afrontamiento para el control glicémico.

Bonilla-Asalde et al. (2020) realizaron un estudio con la finalidad de identificar los niveles de depresión en una muestra de 110 pacientes con TB de un Hospital de El Callao (Lima), aplicaron el diseño trasversal descriptivo. Para el recojo de datos aplicaron el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9). Los resultados evidenciaron que el 54.5% de la muestra de estudio tiene depresión. Concluyeron que la depresión es un problema muy frecuente en pacientes con diabetes y es un factor psicosocial relevante a tener en cuenta en el abordaje del paciente con TBC.

Luque Espinoza (2020) realizó un estudio con la finalidad de determinar la relación entre TB y niveles de depresión en una muestra de 100 pacientes de un hospital de Tacna (Perú), investigación trasversal descriptiva y trabajó con una muestra de 100 personas con tuberculosis. Para el recojo de datos aplicó la ficha de datos sociodemográficos y la escala de depresión de Hamilton. Los resultados evidenciaron que el 85% de la muestra de estudio tenía depresión, dentro de los cuales predominaba la depresión moderada (40%) y leve (30%), y en menor incidencia la depresión severa (15 %).

Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019) realizaron el estudio que analizó la asociación entre depresión y AT en una muestra de 50 pacientes que concluyeron la primera fase del esquema terapéutico antituberculosis; estudio trasversal observacional y trabajaron con una muestra de 50 pacientes. Para el recojo de datos aplicaron la escala PHQ-9 para medir la depresión y el cuestionario Morisky-Green para medir adherencia terapéutica. Los hallazgos evidenciaron una asociación estadística a un nivel de significancia de .05 entre niveles de adherencia y depresión.

Gordillo (2018) analizó la relación entre adherencia terapéutica y depresión en una muestra de 40 pacientes con TB de una Microred de Ventanilla (Perú) mediante un estudio trasversal observacional. Para el recojo de datos aplicó el Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento y la escala de Depresión de Zung, y utilizó el coeficiente de Chi cuadrado para determinar la asociación estadística, e identificó que no existe asociación estadística entre las variables de estudio.

Arroyo-Hernández y Torres-Chang (2018) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la influencia de la depresión en la AT en pacientes con TB de un hospital de Ica (Perú); estudio trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicaron la escala de depresión de Zung y el Test de Morisky-Green. Los resultados evidenciaron que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. En el análisis descriptivo se ha identificado que en sintomatología depresiva leve (37,9%) y moderada (34,5%). Además, una predominancia de mala adherencia terapéutica (65.5%).

Rojas-Villegas et al. (2017) analizaron la influencia de la depresión y ansiedad en la AT en una muestra de 31 pacientes con enfermedad renal crónica de un hospital de México, y trabajaron con un diseño trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicaron el BDI, BAI, y la Escala de Adherencia Terapéutica. Los resultados evidenciaron que la depresión se asocia con menor AT, especialmente con el control de alimentos y seguimiento médico. Además, se identificó una prevalencia de alta prevalencia (67%) y síntomas depresivos (48%).

Ortiz Faucheux et al. (2017) realizaron un estudio con la finalidad de identificar la AT en 23 pacientes con TB de un centro de Salud de Tacna (Perú), investigación trasversal descriptiva. Para el recojo de datos aplicó el test de Morisky Levine. Los resultados evidenciaron una prevalencia a la no AT (52%). Además, el 57% de pacientes no se olvida de tomar sus medicamentos, y el 61% lo toma en la hora indicada.

Sánchez-Cruz et al. (2016) realizaron un estudio con la finalidad de determinar la relación entre estrés y depresión con AT en 101 pacientes con DM de una Unidad familiar de Yucatan (México) y aplicaron un diseño trasversal. y aplicaron la escala de Morinsky-Green, Test Homes Ray y la escala de Zung. Los resultados evidenciaron predomina el control glicémico (76%), y el 26 % presenta algún nivel de depresión

Morales (2015) analizó la relación entre depresión y AT adherencia al en una muestra de 81 pacientes MDR de una red asistencial de Lima (Perú), y aplicó un diseño trasversal correlacional. Para el recojo de datos aplicó la escala de depresión de Zung y el Test de Morisky- Green. Los resultados evidenciaron una



correlación estadística significativa entre depresión y adherencia terapéutica. Además, identificó que los pacientes que no tienen depresión presentan un índice de adherencia del 82.14%, mientras que los pacientes que tienen depresión leve tienen un índice de adherencia del 76.67%.

A nivel nacional, Bacilio y Romero (2019) en Santa Elena analizó la AT en una muestra de 30 pacientes con TB atendidos en un establecimiento médico; estudio transversal, observacional. Los hallazgos evidenciaron que 62% de participantes desconoce las reacciones adversas del tratamiento, y entre los factores asociados al abandono del tratamiento, prevaleció la depresión (87%), limitado soporte social y lejanía del centro de salud. Concluyeron una tendencia a la baja AT en la muestra de estudio

En la formulación teórica de la depresión, se ha asumido el modelo cognitivo de Beck, basado evidencias clínicas y estudios experimentales en el abordaje de personas con depresión. Este modelo teórico se estructura sobre tres procesos cognitivos para explicar a la depresión: La triada cognitiva, el esquema y las distorsiones cognitivas (Beck et al., 2012) que a continuación se detallan:

La *triada cognitiva* está conformada por visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La visión negativa de sí mismo se fundamenta por una baja autoestima, pobre autoconcepto, se percibe carente de virtudes y tendencia a magnificar limitaciones y dificultades. Lo segundo esta referido a que el medio exterior presiona y exige demasiado, y realiza una valoración negativa del entorno. Por último, una tendencia auto derrotista, en la que el individuo percibe que los problemas continuaran y atribuye experiencia errática en el afrontamiento (Berrío, 2019).

Los *esquemas* según los planteamientos de Beck, son estructuras del pensamiento estables que se ha organizado a lo largo del ciclo vital del individuo, sobre el cual atribuye significado e interpretación a sus experiencias y situaciones; puede estar inactivo y bajo determinadas situaciones o estímulos se activa. En el caso de la persona con depresión ante determinadas situaciones, se activa su esquema de naturaleza peculiar e idiosincrática, seleccionando determinados estímulos que evalúa de manera distorsionada, atribuyendo significado negativo a las situaciones y experiencias que generan malestar en el

individuo. Estos esquemas se van asociando con determinados estímulos siendo cada vez mayor el número de esquemas cognitivos distorsionados frente al cual el paciente pierde la evaluación y control lógica y racional (Gonzalez Tuta. et al., 2017).

Las distorsiones cognitivas son errores en el procesamiento de la información que presenta el paciente con depresión en la que validan sus creencias y conceptos negativos en contraposición a la lógica y evidencia empírica. Los más frecuentes son pensamiento polarizado, visión de túnel, inferencia arbitraria, entre otros (Beck et al., 2012).

En la revisión conceptual de depresión se identifica varias acepciones, y puede confundirse en variaciones normales del humor, como también la confluencia de signos y síntomas. La depresión normal se caracteriza por sintomatología anímica como tristeza, rápido acceso al llanto, desmotivación, disforia, manifestaciones de corta duración y surgen como reactividad emocional ante situaciones adversas y frustrantes (Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, 2021).

La depresión como un trastorno afectivo episódico se caracteriza por la presencia de una variedad de síntomas como tristeza, baja vitalidad, decaimiento, disforia, desesperanza, baja autoestima, anhedonia, alteración del sueño que afectan el desenvolvimiento personal, familiar, laboral y social del individuo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017). La depresión comprende un abanico de síntomas en la esfera cognitiva, anímica, motivacional, interpersonal y somática, siendo la tristeza patológica el síntoma anímico más relevante (Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, 2021).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y altamente incapacitante a nivel mundial que afecta a las personas de diferente etapas del desarrollo, especialmente a población adulta (Piñar Sancho et al., 2020). En tal sentido constituye un problema de salud pública, que se manifiesta de manera episódica y confluyen sintomatología en el contenido y fluidez del pensamiento, anímica, volitiva, somática y alteraciones del comportamiento graves como pensamientos y conductas autolíticas como ideación pasiva de muerte. ideación suicida, hasta el suicidio, provocar desajuste, malestar y sufrimiento e interfiere en su funcionamiento psicosocial del individuo que la padece (Pérez-padilla et al., 2017)

De acuerdo a la onceava edición del Manual de Clasificación internacional de enfermedades (CIE 11, como se citó en (Belloch Fuster et al., 2020) un episodio depresivo se manifiesta mediante una variedad de sintomatología como ánimo decaído, baja vitalidad, desinterés en sus actividades personales, alteración del apetito y sueño, agitación o inhibición psicomotora, desesperanza, sentimientos de inutilidad, ideación autolítica; con una duración de dos semanas como mínimo y afecta significativamente su ajuste y funcionamiento personal. En el análisis de la sintomatología de la depresión, se identifica las siguientes manifestaciones clínicas (Belloch Fuster et al., 2020); (Ortiz-Tallo, 2019):

Los síntomas cognitivos se desarrollan en proceso y contenido del pensamiento. En alteración del proceso se manifiesta con problemas de atención y concentración, así como realiza con mayor dificultad y lentitud las actividades personales y presenta mayor tendencia al error, requiriendo mayor esfuerzo en las actividades que anteriormente realizaba con eficacia. En el contenido del pensamiento se identifica pobre valoración de sí mismo, auto culpación, sensación de vacío, así como distorsiones cognitivas como pensamiento catastrófico y polarizado, pesimismo, y tendencia autoderrotista. Además, pensamiento autolítico como ideación de muerte e ideación suicida.

Los síntomas anímicos son variados dentro de los cuales la tristeza patológica es el más relevante. Además, la labilidad emocional y tendencia al llanto, la disminución de emociones positivas, cuya respuesta emocional más frecuente está relacionado con el malestar y sufrimiento, irritabilidad, abatimiento, disminución de significativamente de actividades placenteras y capacidad de disfrute, así como tensión y angustia. Los síntomas motivacionales identificado son hipobulia, apatía, desmotivación e inhibición motivacional, tiende a evitar y rechazar las actividades que realizaba con regularidad

Los síntomas somáticos se manifiestan desde molestias corporales difusas como dolor muscular, dolor de cabeza, como también alteraciones del apetito, sueño, disminución del deseo sexual, alteraciones digestivas como estreñimiento, dolor estomacal, entre otros. Los síntomas sociales se caracterizan por disminución significativa de sus vínculos interpersonales hasta llegar al extremo de aislarse, limitándose a personas representativas, con quienes desarrolla fuerte vinculación afectiva y se torna demandantes y dependiente, exigiendo compañía, cuidado y protección.

En lo concerniente a la revisión teórica de AT, se ha identificado diferentes definiciones. La OMS define como el nivel de involucramiento del individuo para cumplir un plan terapéutico y estilos de vida saludable en concordancia a lo prescrito por el profesional sanitario (Como se citó en Ortega Cerda et al., 2018).

Desde una concepción similar se define a la AT como el grado en el cual el comportamiento de un paciente concuerda con las prescripciones sanitarias orientadas a su bienestar y recuperación, así como evitar situaciones de riesgo. De este modo el grado de compromiso y apego al tratamiento es un factor trascendente en el mantenimiento de la salud de la persona con alguna enfermedad crónica (Vargas Sánchez & Toledo Hernández, 2018).

Es importante realizar una precisión conceptual dado que adherencia terapéutica y cumplimiento terapéutico suele utilizarse como sinónimo, sin embargo, al hablar de cumplimiento hace mención a una orden o disposición externa frente al cual se actúa de manera pasiva, en tanto que la AT requiere motivación, conciencia y compromiso consigo mismo respecto al afrontamiento de una enfermedad (Ortega Cerda et al., 2018). La adherencia terapéutica está influenciada por una variedad de factores personales, socioeconómicos, factores referidos al sistema sanitario, referidos a la enfermedad y tratamiento (Sabaté & World Health Organization, 2003).

Uno de los factores personales está relacionado a sistema de creencias religiosas y espirituales del individuo, como también su conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad (Conn & Ruppert, 2017). Otro factor constituye la edad de paciente, y se ha identificado que, a mayor edad, el paciente desarrolla mayor adherencia terapéutica, así como el hecho de vivir en matrimonio. Además, de lo citado, un factor relevante constituye la personalidad del paciente, de modo que disponga de estabilidad y control de sus emociones, así como optimista, motivada y satisfecha con la vida y capacidad de manejo de conflictos, a diferencia del pesimista, renegón y de baja autoestima (Lanouette et al., 2009; Munro et al., 2007).

En lo concerniente a factores familiares, aquellos pacientes que cuentan con un soporte familiar, acompañamiento y aliento emocional tienen mayor probabilidad de desarrollar adherencia terapéutica (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018). Además, contar con recursos socioeconómicos le permite acceder a servicios sanitarios básicos y especializados de manera

oportuna, como también realizarse exámenes especializados de alto coste y adquisición de fármacos incide en el abordaje a la enfermedad y desarrollo de AT (DiMatteo, 2004).

En lo concerniente a factores relacionados con el tratamiento, está referido a la complejidad del tratamiento, nivel de invasión y efectos adversos que ocasiona, de modo que abordajes complejos suelen incidir negativamente en la Adherencia terapéutica (Kardas et al., 2013). Además, monodosis es más accesible que varias dosis diarias, como también tratamientos cortos son más factibles de desarrollar que tratamientos largos (Iskedjian et al., 2002). Un factor importante a tener en cuenta en el abordaje constituye la severidad de la enfermedad, de modo que enfermedades limitantes y complejas que inciden negativamente en la calidad de vida del paciente suele afectar el abordaje de la enfermedad; mientras que enfermedades de evolución favorable y ausencia de síntomas puede influir en el abandono del tratamiento o cumplimiento parcial de las prescripciones sanitarias (Gold et al., 2006)

En el análisis dimensional de la adherencia terapéutica se identifica al control de salud y autocuidado. El control de la salud está referido a las atenciones, consultas médicas, procedimientos sanitarios y orientación y consejería que recibe el paciente en relación a la enfermedad que presenta. Estos controles implican realización de exámenes auxiliares como exámenes de laboratorio, imagenología, entre otros factores. El autocuidado está referido a la conciencia y motivación del paciente con su salud, de modo que en forma autónoma y reflexiva el cuidado de si mismo desde lo físico, emocional e interpersonal (Naranjo Hernández et al., 2016).

La asociación depresión y tuberculosis puede darse de manera bidireccional, de modo que la depresión puede afectar el tratamiento y recuperación de la TB ante los cambios biológicos y comportamentales que ocasiona el trastorno del estado de ánimo; manifestado en un abanico de síntomas como tristeza, labilidad, desanimo, baja vitalidad, cansancio, fatiga, alteración de sueño, lo cual incide en la motivación y compromiso con el tratamiento del paciente con TB y afecta su calidad de vida (Ambaw et al., 2018); (Lyketsos, 2010). Los pacientes que desarrollan sintomatología depresiva presentan baja adherencia y riesgo de abandono del tratamiento, lo cual incide en la evolución de la enfermedad y aparición de discapacidades (Goldstein et al., 2017)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

##### 3.1.1. Tipo de Investigación

El estudio se aplicó bajo el enfoque cuantitativo dado que se realizará la medición de las variables mediante las encuestas y los datos obtenidos será analizados para verificar las hipótesis (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Según finalidad del estudio, se trata de un investigación básica porque contribuye al desarrollo de conocimiento referencial de busca evidencia empírica para el desarrollo teórico del abordaje del paciente con tuberculosis (Arias González & Covinos Gallardo, 2021).

##### 3.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación aplicado ha sido observacional que se utilizó en la presente investigación será observacional porque analiza las variables de estudio sin aplicar estrategia manipulativa (Manterola et al., 2019). Además se aplicó un diseño trasversal al haberse medido las variables en una ocasión; y correlacional dado que ha medido la relación entre los atributos analizados (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

El esquema de investigación es el siguiente:

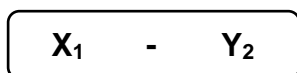


Figura 1. Diseño de Investigación

#### Dónde:

X<sub>1</sub> : Medición de la depresión

- : Relación entre las variables

Y<sub>2</sub> : Medición de la AT

#### 3.2. Variables y operacionalización

##### Variable1: Depresión

**Definición conceptual:** La depresión es un trastorno del estado del ánimo determinado por una variedad de factores personales y contextuales, y se

manifiesta por un abanico de síntomas en la esfera cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual, que generan malestar y desajuste comportamental (Botto et al., 2014)

**Definición operacional:** La depresión será medida mediante las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Beck que explora síntomas cognitivos, afectivo, somática, interpersonal y conductual mediante 21 reactivos tipo escala

**Indicadores:** síntomas cognitivos, afectivo, somática, interpersonal y conductual.

**Escala de medición:** Ordinal

### **Variable 2: Adherencia terapéutica**

**Definición Conceptual:** Es involucramiento y apego al tratamiento médico, así como estilos de vida saludable de una persona con diagnóstico de una enfermedad enfocados a mejorar o conservar el estado de salud (Pedraza-banderas et al., 2018)

**Definición operacional:** La adherencia terapéutica será medido por la suma de las puntuaciones obtenidas en la Escala de AT de Bayarre (2008) mediante 12 reactivos politómicos en función de Control de la salud y autocuidado

**Dimensiones:** Control de la salud y autocuidado

**Escala de medición:** Ordinal

## **3.3. Población, Muestra y muestreo**

### **3.3.1. Población**

La población está conformada por 60 pacientes con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar de un hospital de El Empalme.

**Los criterios de inclusión** de la muestra de estudio son los siguientes: Pacientes con TB que acuden al hospital en el periodo de recolección de Profesionales de salud, que otorgan consentimiento informado y brinden consentimiento informado para la aplicación.

Los criterios de exclusión: Pacientes con alteraciones cognitivas, y no concluyan los cuestionarios.

### **3.3.2. Muestra**

En relación a la muestra, se define como sub división de la población, representativo seleccionados con características específicas a quienes se les aplica los instrumentos de recolección de datos (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Para fines de la presente investigación se ha trabajado mediante censo al aplicarse las encuestas al 100% de personas que conforman la población de estudio

### **3.3.3. Muestreo**

Para fines del estudio no se aplicó muestro dado que se trabajará con técnica censal

### **3.3.4. Unidad de análisis:**

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar adscritos a un hospital el cantón El Empalme.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos**

En el estudio se aplicó encuesta conformada por un sistema de ítems que permite obtener información pertinente acerca del objeto de estudio (Anguita & Labrador, 2003)

Para la medición de la depresión se aplicó el inventario de depresión de Beck está conformado en 21 ítems y medirán síntomas depresivos como: falta de placer, castigo, deseos suicidas, tristeza, fracaso, sentimientos de culpa, indecisión, energía escasa, autodesprecio, autocrítica, llanto, agitación, falta de interés, cambios en el sueño, falta de valor personal, cambios de apetito, dificultades de concentración, cansancio, irritabilidad y falta de interés en el sexo. El inventario está conformado por 2 dimensiones: Cognitivo, evaluando (1, 2, 4, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) y Somático – Afectivo (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12).

El inventario de depresión de Beck fue construido por Aaron Beck (1961), no tiene base concreta en cuanto a relación con alguna teoría, por la misma descripción de pacientes psiquiátricos. El inventario tiene una escala de respuesta de 4 puntos tipo Likert, que se puntúa de 0 a 3, con excepción de ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) abarcando 7



jerarquías, la calificación es a mayor puntuación, mayor nivel de síntomas depresivos. Se aplica en forma individual y grupal desde los 13 años.

Respecto a las propiedades psicométricas, Sanz et al. (2011), lo validaron para el uso de la población española, la muestra fue de 1393 estudiantes universitarios, así mismo con fiabilidad aplicada con el alfa de Cronbach tuvo como resultado 0.83; entre la correlación de test re-test va desde 0.60 y 0.72; en cuanto a validez diferente del BDI en relación a distintos rasgos específicos de ansiedad medidos mediante auto-informes a los exámenes fue de permisible , evaluativa, interpersonal y ansiedad social, y correlaciones que se mostraron en un bajo nivel de 0.11 y 0.45.

Para medir adherencia terapéutica se aplicó el Cuestionario de Adherencia terapéutica de Nayarre y Grau (2008). El instrumento fue construido en Cuba inicialmente para evaluar adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y posteriormente fue aplicado a pacientes con otras enfermedades como diabetes mellitus, tuberculosis, vih/sida, entre otros. El instrumento está conformado por 12 ítems tipo likert, de los cuales las 6 primeras preguntas exploran control de la salud y las 6 últimas autocuidado. El instrumento permite evaluar el grado de adherencia: baja adherencia terapéutica (0 a 15 puntos), Adherencia media (16 a 32) y alta adherencia (17-48)

En lo concerniente a las propiedades psicométricas, Martín-Bayarre-Grau (2008) realizaron el análisis factorial exploratorio, la correlación ítem test y obtuvieron correlaciones superiores a .50. La confiabilidad la determinaron mediante coeficiente y obtuvieron valores aceptables

En la investigación se determinó la validez de contenido por juicio de expertos y la confiabilidad por consistencia interna, cuyos valores de detallan en.

### **3.5. Procedimiento.**

La investigación se realizará de la siguiente manera:

Se gestionó ante la organización sanitaria para que brinde los permisos correspondientes en la aplicación de cuestionarios a la muestra de estudio.

Se coordinó con profesionales de la estrategia sanitaria de Control de la TB para aplicación de encuestas.

Se realizó la validación de contenido y confiabilidad en muestra piloto a los cuestionarios.

Se aplicó de manera directa los cuestionarios a muestra de estudio

Se realizó el análisis de datos y elaboración de resultados

### **3.6. Método de análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizará el programa SPSS v.26, Microsoft Excel 2019 y Jamovi

La evidencia de validez de contenido se realizará mediante el índice de acuerdo de Aiken utilizando plantilla de Microsoft Excel. La evidencia de confiabilidad se realizará mediante el coeficiente Omega Mc Donald utilizando software libre Jamovi.

Para el procesamiento de los resultados, primero se realizará una base de datos mediante aplicativo Excel y se realizará la codificación de las variables y verificación de la calidad de los datos. El análisis descriptivo se realizará mediante frecuencias y porcentajes de los niveles de las variables de estudio aplicando el programa SPSS v26.

Para el análisis correlacional, se realizará como análisis previo la prueba de bondad de ajuste con la finalidad de determinar si las puntuaciones cumplen con el criterio de normalidad para aplicar el estadígrafo paramétrico de coeficiente de Correlación de Pearson. Si las puntuaciones difieren de la distribución normal, se aplica Coeficiente de Correlación de Pearson. La prueba de hipótesis se realizará mediante análisis inferencial. Para establecer la dirección de la correlación se basará el signo del valor correlacional.

### **3.7. Criterios éticos.**

La investigación asume los principios éticos determinados en el Informe Belmont (Delclós, 2018), a continuación, se detallan

**El Respeto a las personas** mediante un trato amable, cordial, directo, teniendo en cuenta las características individuales y condición de vulnerabilidad por estado de salud, reservándose la identidad de los participantes en la publicación de los resultados. **La autonomía** es un principio ético basado en la libertad de decisión y voluntariedad de los participantes, de modo que brindará consentimiento para participar en el estudio luego de haber recibido de manera oportuna y clara la respectiva información acerca del estudio, riesgos, consecuencias, entre otros factores.

La Beneficencia/ No maleficiencia del estudio está referido a los beneficios del estudio para el desarrollo científico y colectividad mediante condiciones que no expongan en riesgo o peligro a las unidades de análisis mediante las respuestas a encuestas acerca de las variables de estudio. La justicia es un principio ético que consiste en brindar un trato de igual y equidad a los participantes, evitando actores de discriminación. Consiste en brindar un trato justo e igualitario a los participantes

Además, se brindará información veraz, válida y confiable acerca de las variables de estudio. El respeto a la propiedad intelectual se manifiesta en citación y referencias.

## IV. RESULTADOS

### Análisis Correlacional

Tabla 1. *Relación entre Depresión y Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

		<b>Depresión</b>
<b>Adherencia terapéutica</b>	Rho Spearman	-.602**
	Sig. (bilateral)	<.001
	d	Grande
	r <sup>2</sup>	.362

**Nota:** Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; r<sup>2</sup>: Coeficiente de determinación; \*\*Se rechaza la H<sub>0</sub> a un NS de 0.01

### Interpretación

En la tabla 1, en el análisis inferencial de la relación entre Depresión y Adherencia terapéutica en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, se evidenció que el p-valor  $<\alpha$  (0.05). Por tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. En el análisis descriptivo se ha identificado una correlación negativa con tamaño del efecto grande entre depresión y Adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme; lo cual significa que, a mayor depresión, menor adherencia terapéutica y viceversa en pacientes con TBC. Además, el 36.2 % de la varianza de adherencia terapéutica se encuentra explicada por la depresión

*Tabla 2. Relación entre Depresión y Dimensión Control de salud en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

		<b>Depresión</b>
<b>Control de salud</b>	Rho Spearman	-.458**
	Sig. (bilateral)	<.001
	d	Mediano
	r <sup>2</sup>	.364

**Nota:** Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; r<sup>2</sup>: Coeficiente de determinación; \*\*Se rechaza la H<sub>0</sub> a un NS de 0.01

### **Interpretación**

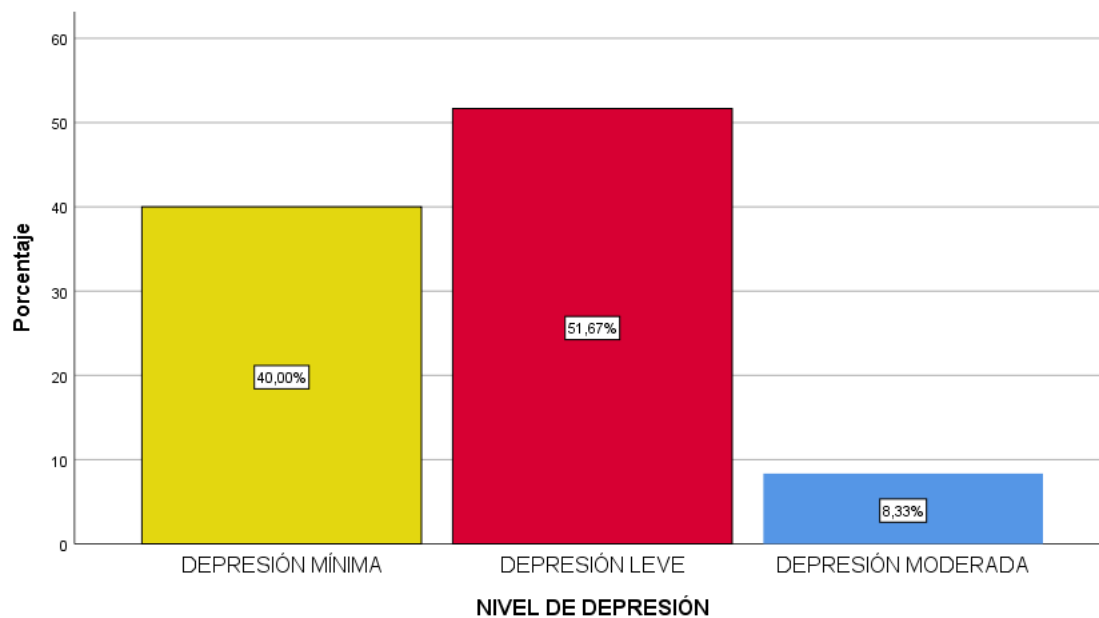
En la tabla 2, en el análisis inferencial de la relación entre Depresión y la dimensión control de salud en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, se evidenció que el p-valor  $< \alpha$  (0.01). Por tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. En el análisis descriptivo se ha identificado una correlación negativa con tamaño del efecto mediano entre Depresión y Dimensión Control de salud en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, lo cual significa que, a mayor depresión, menor control de salud en pacientes con TBC. Además, el 20.9 % de la variabilidad de control de la salud se encuentra explicada por la presencia de sintomatología depresiva *en pacientes con TBC*.

*Tabla 3. Relación entre Depresión y Dimensión Autocuidado en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

		<b>Depresión</b>
<b>Autocuidado</b>	Rho Spearman	-.607**
	Sig. (bilateral)	<.001
	d	Grande
	r <sup>2</sup>	.209

**Nota:** Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; d: Tamaño del efecto de Cohen; r<sup>2</sup>: Coeficiente de determinación; \*\*Se rechaza la H<sub>0</sub> a un NS de 0.01

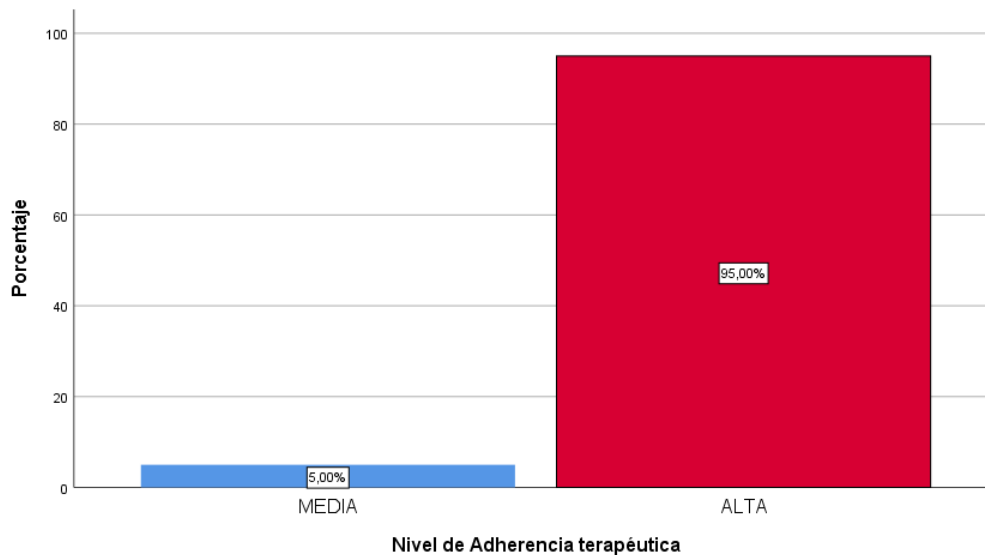
En la tabla 2, en el análisis inferencial de la relación entre Depresión y la dimensión Autocuidado en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, se evidenció que el p-valor  $< \alpha$  (0.01). Por tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. En el análisis descriptivo se ha identificado una correlación negativa con tamaño del efecto grande entre Depresión y Dimensión autocuidado en pacientes en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, lo cual significa que, a mayor depresión, menor autocuidado en pacientes con TBC. Además, el 36.4 % de la variabilidad de autocuidado se encuentra explicada por la presencia de sintomatología depresiva *en pacientes con TBC*.



*Figura 2. Niveles de Depresión en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

### **Descripción**

En la figura 2 se observa la distribución de niveles de depresión en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, y se observa una prevalencia del nivel de depresión leve (51.67%) y depresión mínima (40%) y en menor incidencia depresión moderada (8.33%).



*Figura 3. Niveles de adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

### **Descripción**

En la figura 3 se observa la distribución de adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, y se observa una prevalencia de Alta Adherencia terapéutica (95.00%) y en menor incidencia nivel bajo (5%). En este sentido la mayoría de pacientes con TBC desarrollan apego a las prescripciones farmacológicas y cuidados en su estilo de vida, lo cual constituye un factor personal que incide en bienestar y calidad de vida de los pacientes.



## V. DISCUSIÓN

La presente investigación analiza la relación entre depresión y adherencia terapéutica en pacientes con TB de un hospital de El Empalme. Surge de la preocupación por cumplimiento parcial del plan terapéutico, y abandono, como también la práctica de comportamientos no además de comportamientos no saludables que incrementa el riesgo de morbilidad y contagio hacia demás personas, y por ende constituye un problema de salud pública (Arroyo-Hernández & Torres-Chang, 2018). Además, los pacientes con TB suelen presentar desajustes emocionales que incide en el abordaje de la enfermedad (Morales, 2015).

En tal sentido se formuló como objetivo general determinar la relación entre Depresión y AT en pacientes con TB de un hospital de El Empalme. Para ello se seleccionó instrumentos que cuentan con garantía métrica y se sometió a validación por juicio de expertos y analizó la fiabilidad. Los hallazgos identifican una relación significativa inversa entre depresión y AT en la muestra de estudio ( $Rho = -.602$ ;  $p < .01$ ).

Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de Rodríguez (2020), quien identificó una relación significativa inversa en pacientes con DM de Piura; lo cual refleja que, si bien son poblaciones clínicas diferentes, presentan enfermedades que tienen asociación a síndromes ansioso y depresivos, además requiere un proceso de adaptación, periodicidad en la toma de medicamentos, cuidados y cambio en su estilo de vida. Además, coinciden con los resultados de los estudios de Luque Espinoza (2020) y Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019) investigaciones realizadas en pacientes con TB.

Sin embargo, los resultados difieren de los hallazgos de los estudios de Gordillo (2018) y Arroyo-Hernández y Torres-Chang (2018) quienes identificaron que no existe asociación estadística entre las variables de estudio en pacientes con TB de una red de Ventanilla y un hospital de Ica; discrepancias que conlleva a la reflexión acerca de la complejidad del fenómeno estudiado donde confluyen una variedad de factores como complejidad de la TB, presencia de síntomas asociados, entre otros factores.

La depresión comprende un abanico de síntomas en la esfera cognitiva, anímica, motivacional, interpersonal y somática, siendo la tristeza patológica el síntoma anímico más relevante que provoca desajuste, malestar y sufrimiento e interfiere en su funcionamiento psicosocial del individuo que la padece, en especial si se encuentra afrontando una enfermedad compleja y limitante como la TB (Boland, Verduin, & Ruiz, 2021; Pérez-Padilla et al., 2017). Los pacientes que desarrollan sintomatología depresiva dado su desánimo y desmotivación tienen mayor probabilidad de presentar baja adherencia y riesgo de abandono del tratamiento (Ambaw et al., 2018; Goldstein et al., 2017 ; Lyketsos, 2010)

Estos hallazgos nos llevan a reflexionar acerca del abordaje del paciente con TB, de modo que se aborde desde un enfoque holístico y multidisciplinario, no solo al control periódico de la enfermedad, sino también se realice mediciones del estado emocional, autoestima, adherencia terapéutica; como también descarte de ansiedad, depresión y otros trastornos que incidan negativamente en la adherencia al tratamiento; de modo que pueda abordarse de manera oportuna y eficaz.

Además, de la detección precoz de determinados factores de riesgo emocional, surge la necesidad de fortalecer la AT mediante entrenamiento de la autoestima, control emocional, reestructuración cognitiva ya sea empleando estrategias individuales y colectivas, movilizando recursos personales para adaptarse al tratamiento de la tuberculosis. Desde el ámbito investigativo surge la necesidad de estudios con la finalidad de diseñar y validar programas de fortalecimiento de la adherencia terapéutica, como también medir su eficacia.

En la investigación se ha formulado como objetivo específico 1 determinar la relación entre depresión y control de la salud en pacientes con TB, y los resultados identificaron una relación significativa inversa ( $Rho = -.458$ ;  $p < .01$ ). Estos resultados corroboran los hallazgos del estudio de Llanos-Tejada y Ponce-Chang (2019), quienes identificaron una relación significativa inversa entre las dimensiones medidas.

El control de la salud está referido a las consultas médicas, procedimientos, exámenes, como también orientación y consejería que recibe el paciente respecto al tratamiento de la enfermedad que padece (Naranjo

Hernández et al., 2016). De tal modo que implica autoestima, autoeficacia y comportamiento centrado en la eficacia personal. Sin embargo, al presentar cambios emocionales, baja vitalidad, desánimo y afecta la motivación y tratamiento del paciente, frente al cual hay mayor riesgo y peligro para la salud del paciente y por ende afecta su calidad de vida (Ambaw et al., 2018; Lyketsos, 2010). De tal modo que un paciente con optimismo, buen humor, motivado y alta satisfacción con la vida, desarrolla un afronte funciona y adaptativo de la enfermedad, a diferencia del pesimista, renegón y de baja autoestima (Lanouette et al., 2009; Munro et al., 2007).

En la investigación se ha formulado como objetivo específico 2 determinar la relación entre depresión y dimensión autocuidado en pacientes con TB. Los resultados identificaron una relación significativa inversa con tamaño del efecto grande ( $Rho = -.607$ ;  $p < .01$ ); es decir que, a mayor depresión, los pacientes con TB desarrollan menor autocuidado. Estos resultados coinciden con los hallazgos del estudio de Jiménez y Reinoso (2021), quienes identificaron que la depresión es un factor de riesgo del abandono y baja adherencia al tratamiento y por ende afecta el autocuidado del paciente con TB de un centro Materno Infantil de Lima (Perú). Además, coincide con los hallazgos del estudio de Rodríguez, quien identificó que la depresión se asocia con el AT en pacientes de DB de un hospital de Piura.

El autocuidado está referido a la conciencia y motivación del paciente con su salud, de modo que en forma autónoma y reflexiva el cuidado de sí mismo desde lo físico, emocional e interpersonal (Naranjo Hernández et al., 2016). La AT es un factor salutogénico del paciente con TB dado que incide en la recuperación del paciente, de modo que el cumplimiento estricto de plan terapéutico y cambio de estilo de vida del paciente (Holguín et al., 2006; OPS, 2011). Sin embargo, el autocuidado se asocia a factores personales como autoestima, motivación por la vida, creencias y expectativas personales, como también sentido del humor, optimismo, entre otros factores. Al contrario, personas con alteraciones del humor desarrollan un abanico de sintomatología depresiva, resaltando la tristeza y desmotivación y afecta el autocuidado del paciente con TB,

En tal sentido el abordaje del paciente con TB conlleva a integrar aspectos aspectos médicos, como también motivacionales, educativos y actitudinales que

incidan en cambio de estilos de vida y autocuidado del paciente que permita recuperar su salud, evitar recaídas, resistencias a fármacos, el contagio a otras personas y por ende reduce la morbimortalidad e incide en la calidad de vida del paciente (Gordillo, 2018; Paredo Rosado et al., 2005). De tal modo que puedan realizarse mediciones periódicas del estado de ánimo, como también del autocuidado y factores personales para su abordaje oportuno y eficaz del paciente con TB.

Además, en la investigación se formuló como objetivo específico 3 describir los niveles prevalentes de depresión en la muestra de estudio. Los hallazgos identificaron una prevalencia del nivel de depresión leve (51.67%) y depresión mínima (40%) y en menor incidencia depresión moderada (8.33%). Estos hallazgos coinciden con los estudios de Arroyo-Hernández y Torres-Chang (2018) quien identificó una prevalencia de sintomatología depresiva leve (37,9%) y moderada (34,5%) en pacientes con TB de un hospital de Ica. Los hallazgos difieren del estudio de Jiménez y Reinoso (2021) identificaron que el 53.6% presentaba depresión y del estudio de Luque Espinoza (2020) quien identificó en pacientes con TB una prevalencia de depresión moderada (40%) y leve (30%), y en menor incidencia la depresión severa (15 %).

Estos hallazgos responden a lo identificado al momento de la medición, teniendo en cuenta que se trata de un estudio transversal, y si bien son índices favorables, podrían variar según la vivencia, estresores y factores de protección y vulnerabilidad personal; de tal modo que es importante las mediciones periódicas de los niveles de depresión en los pacientes con Tb, como también el fortalecimiento de factores emocionales y redes de soporte social, como abordaje preventivo promocional (Moscoso et al., 2013; Paredo Rosado et al., 2005).

Por último, se formuló como objetivo específico 4 describir los niveles prevalentes de AT n la muestra de estudio. Los hallazgos de la investigación identificaron una prevalencia de la alta Adherencia terapéutica (95%) y en menor incidencia nivel bajo (5%). Estos hallazgos difieren de los resultados del estudio de Domínguez Gutiérrez (2022) quien identificó una prevalencia del nivel medio de adherencia (45%), seguido de alta adherencia (30%) y baja adherencia (25%) en pacientes con TB. Además, difiere del estudio de Jimenez y Reynoso (2021), quienes encontraron una prevalencia de baja adherencia terapéutica (42.5%) y

el 18.3% abandono el tratamiento y del estudio de Arroyo-Hernández y Torres-Chang (2018) quienes reportaron una prevalencia de mala adherencia terapéutica (65.5%). Estas diferencias obedecen a diferentes factores, dentro de los cuales a las características personales, factores sociodemográficos y aspectos relacionados al sistema sanitario (Sabaté & World Health Organization, 2003).

En tal sentido, la AT es el grado de involucramiento y compromiso del individuo con su recuperación, lo que conlleva a seguir un plan terapéutico y asumir estilos de vida saludable en concordancia a lo prescrito por el profesional sanitario (Como se citó en Ortega Cerda et al., 2018). De tal manera que el grado de compromiso y apego al tratamiento es un factor trascendente en el mantenimiento de la salud de la persona con alguna enfermedad crónica (Vargas Sánchez & Toledo Hernández, 2018). Esto conlleva a la reflexión a las mediciones periódicas de AT y a desarrollar estrategias para fortalecer el compromiso del paciente con su cuidado y estilos de vida saludable, de modo que logre recuperarse y mantener salud y bienestar.

Respecto a los alcances y limitaciones, en la investigación se ha logrado determinar la relación entre las variables de estudio, como también describir los niveles prevalentes de depresión y adherencia.

Dentro de las limitaciones del estudio se ha identificado que la medición se realizó en un único momento, de modo que los hallazgos obedecen a lo identificado en el momento de la recopilación de datos, cuyo comportamiento de las variables podrían variar teniendo en cuenta los factores personales y contextuales del fenómeno estudiado. Además, como técnica de recolección de datos se aplicó la encuesta, de modo que los participantes brindaron autoinforme en los cuestionarios aplicados. Por último, lo relacionado a muestra y nivel de estudio. Se ha trabajado con una muestra menor a 100, los cuales constituyen la totalidad de pacientes adscritos al hospital, recomendándose para estudios posteriores una muestra mayor a 100. Finalmente, el estudio permite establecer la relación entre las variables, pero no establece relaciones causales.

## VI. CONCLUSIONES

En el estudio se plantean las siguientes conclusiones:

1. Existe una correlación estadísticamente significativa, negativa y tamaño del efecto grande entre depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, lo cual evidencia que la sintomatología depresiva es un factor de riesgo que incide en el abordaje de la enfermedad.
2. Existe una correlación estadísticamente significativa, negativa y tamaño del efecto mediano entre depresión y la dimensión Control de la salud en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme.
3. Existe una correlación estadísticamente significativa, negativa y tamaño del efecto mediano entre depresión y la dimensión autocuidado en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, lo cual evidencia que la sintomatología depresiva afecta el cuidado de si mismo en la muestra de estudio.
4. En el análisis descriptivo de los niveles de depresión, se observa una prevalencia del nivel de depresión leve (51.67%) y depresión mínima (40%) y en menor incidencia depresión moderada (8.33%) en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme.
5. En el análisis descriptivo de los niveles de adherencia terapéutica, se observa una prevalencia de Alta Adherencia terapéutica (52.86%) y en menor incidencia baja adherencia (5%) en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a la comunidad científica replicarse este tipo de estudios trabajando con una muestra de estudio mayor a 100 mediante corte longitudinal, de modo que permita establecer patrón de comportamiento de las variables.
2. Se sugiere continuar con la línea de investigación mediante estudios aplicados orientados al diseño y validación de programas de fortalecimiento de la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis y otras enfermedades crónicas.
3. Se recomienda al personal directivo y responsable del abordaje de pacientes con TB realicen mediciones periódicas de la depresión, adherencia terapéutica y factores personales que incidan en el afrontamiento de la enfermedad.
4. Se recomienda a los profesionales implicados en el trabajo con pacientes con tuberculosis brindar una atención de calidad, así como orientación y acompañamiento continuo, de modo que incentive al compromiso con su salud y bienestar.
5. Se recomienda al sistema de salud enfatice en el desarrollo de estrategias preventivo promocionales, de tal modo que fomente y fortalezca estilos de vida saludable en la comunidad en general y focalizado en pacientes con enfermedades como la Tuberculosis

## REFERENCIAS

- Ambaw, F., Mayston, R., Hanlon, C., Medhin, G., & Alem, A. (2018). Untreated depression and tuberculosis treatment outcomes, quality of life and disability, Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 243–255. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.192658>
- Angarita, O. M. V. (2014). Selfcare agency in hypertensive users of a university hospital in Cucuta (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(2), 133–145. <https://doi.org/10.14482/sun.30.2.5416>
- Anguita, J. C., & Labrador, J. R. R. (2003). *La encuesta como técnica de investigación . Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos ( I )*. 31(I).
- Arias Gonzáles, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (E. Consulting, Ed.; 1°).
- Arroyo-Hernández, M., & Torres-Chang, J. H. (2018). Influencia de la sintomatología depresiva en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018. *Panacea*, 8(2), 58–63. <https://doi.org/https://doi.org/10.35563/rmp.-v8i2.270>
- Bacilio, S. C., & Romero, Y. R. (2019). *Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el centro de salud de Santa Elena, 2019* [Tesis de grado]. Universidad de Santa Elena.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (Editorial Desclée de Brouwer, Ed.; 20th ed.).
- Belloch Fuster, A., Sandin, B., & Ramos Campos, F. (2020). Manual de psicopatología. In McGraw-Hill (Ed.), *Manual de psicopatología* (3°, Vol. 2).
- Berrío, N. (2019). Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente : estudio de caso Internet-Delivered Cognitive Therapy for Persistent Depressive Disorder : A case report. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, 1–14.
- Boland, R., Verduin, M., & Ruiz, P. K. (2021). *Sinopsis de psiquiatría* (Wolters Kluwer Health., Ed.; 12th ed.).



- Bonilla-Asalde, C. A., Rivera-Lozada, I. C., & Rivera-Lozada, O. (2020). Depresión en pacientes con tuberculosis en una región del Perú: Un estudio transversal. In *Revista de Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener* (Vol. 8, Issue 1, pp. 43–51). <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.08.01.004>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). *La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas.* 1297–1305.
- Caminero, J. A., Cayla, J. A., García-García, J. M., García-Pérez, F. J., Palacios, J. J., & Ruiz-Manzano, J. (2017). Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos. *Archivos de Bronconeumología*, 53(9), 501–509. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.02.006>
- Conn, V. S., & Ruppar, T. M. (2017). Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. In *Preventive Medicine* (Vol. 99, pp. 269–276). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2017.03.008>
- Dahal, P., Balamurugan, G., & Basavaraja, A. (2017). Prevalence and Predictors of Depression among Diabetes Mellitus in Adult Population. *Journal of Psychiatry*, 20(6). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000430>
- Delclós, J. (2018). Ética en la investigación científica. In *CÓMO ELABORAR UN PROYECTO EN CIENCIAS DE LA SALUD* (pp. 14–18).
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. In *Medical Care* (Vol. 42, Issue 3, pp. 200–209). <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
- Domínguez Gutierrez, J. D. (2022). *NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SAGRADA FAMILIA-SAN JUAN DE LURIGANCHO – LIMA JUNIO –OCTUBRE 2019.* Universidad María Auxiliadora.
- Gold, D. T., Alexander, I. M., & Pettinger, M. (2006). Women's Health How Can Osteoporosis Patients Benefit More from Their Therapy? Adherence Issues

with Bisphosphonate Therapy. *The Annals OfPharmacotherapy*, 40.  
www.theannals.com

Goldstein, C. M., Gathright, E. C., Gunstad, J., Dolansky, M. A., Redle, J. D., Josephson, R., Moore, S. M., & Hughes, J. W. (2017). Depressive symptoms moderate the relationship between medication regimen complexity and objectively measured medication adherence in adults with heart failure. *Journal of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9829-z>

Gonzalez Tuta., D. F., Barreto Porez, A. P., & Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 2, 201–207.

Gordillo, T. M. (2018). *Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la microred Pachacutec-Ventanilla,2018*. Universidad Cesar Vallejo.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, (M.-H. Interamericana, Ed.).

Holguín, L. Correa, D. Arrivallaga, M. Cáceres, D. Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 535–547.

Iskedjian, M., Einarson, T. R., Mackeigan, L. D., Shear, N., Addis, A., Mittmann, N., & Lane, A. (2002). Relationship Between Daily Dose Frequency and Adherence to Antihypertensive Pharmacotherapy: Evidence from a Meta-Analysis. In *CLINICAL THERAPEUTICS®* (Vol. 24, Issue 2).

JIMÉNEZ, M. J., & REINOSO, R. S. G. (2021). Depresión Como Factor Asociado Al Abandono Y a La Mala Adherencia Del Tratamiento En Pacientes Tb Sensibles Del Centro Materno Infantil Buenos Aires De Villa De Chorrillos En El Periodo 2016-2020. *Universidad Ricardo Palma*, 1–83.

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Herrera, D. S., Rodríguez Miranda, O., Ortega Legasp, J., & Legaspi, O. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.

www.medigraphic.org.mxAceptado:05-02-

2018.Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4 JUL, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Koyanagi, A., Vancampfort, D., Carvalho, A. F., DeVlyder, J. E., Haro, J. M., Pizzol, D., Veronese, N., & Stubbs, B. (2017). Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: Cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries. *BMC Medicine*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0975-5>
- Lanouette, N., Folsom, D., Sciolla, A., & Jeste, D. (2009). Psychotropic Medication Nonadherence. *Psychiatric Services*, 60(2), 157–184.
- Laxminarayan, R., Sridhar, D., Blaser, M., Wang, M., & Woolhouse, M. (2016). Achieving Global Targets for Antimicrobial Resistance. *Science*, 2016;353(6302):874–5. *Science*, 9286(August), 874–875. <https://doi.org/https://doi.org/10.1126/science.aaf9286>
- Llanos-Tejada, F., & Ponce-Chang, C. (2019). Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(2), 104–109. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3536>
- Luque Espinoza, M. A. (2020). Relación entre la depresión y tuberculosis en los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio a Diciembre 2019. In *Tesis de grado*. Universidad Nacional Jorge W. Basadre Grohman.
- Lyketsos, C. G. (2010). Depression and diabetes: More on what the relationship might be. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 496–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10020243>
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación

clínica. *Revista Clínica Las Condes*, 30(1), 36–49.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>

Massano-Cardoso, I. M., Daniel, F., Rodrigues, V., & Galhardo, A. (2020). Depressive symptoms in Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus and its relationship with glycemic control. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6(1), 40–49.  
<https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.1.166>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica*.

Morales, M. H. E. (2015). Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud - Lima, año 2015. *Revista De La Facultad De Medicina Humana De La Universidad Ricardo Palma*, 1, 16–22.

Moscoso, M. Y., Jave, H. O., Rojas, M. C., Gutiérrez, C., & Romaní, F. R. (2013). Agenda nacional de investigación en tuberculosis en Perú, 2011-2014. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 33(2), 151–158. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000200011>

Naranjo Hernández, Y., Alejandro, J., & Pacheco, C. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus Importance of Self-Care in Elderly Adults with Diabetes Mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 2015–2220. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400>

Oh, K. H., Choi, H., Kim, E. J., Kim, H. J., & Cho, S. I. (2017). Depression & risk of tuberculosis: A nationwide populationbased cohort study. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(7), 804–809.  
<https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0038>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Tuberculosis*.

Ortiz Faucheux, R. E., Llosa Rodríguez, C. H., & Paredes Espejo, Y. E. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el centro de salud

- Ciudad Nueva, Tacna – 2016. *Revista Médica Basadrina*, 11(2), 26–29.  
<https://doi.org/10.33326/26176068.2017.2.620>
- Ortiz-Tallo, M. (2019). *Psicopatología Clínica: Adaptado al Dsm-5* (E. Pirámide, Ed.).
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4). <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Paredo Rosado, P., Gómez López, H. R., Sánchez Nuncio, A., Navarrete Sánchez, M. E., & García Ruiz. (2005). Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial. *Revista Médica Del IMSS*, 43(2), 125–129.
- Pedraza-banderas, G. L., Zaira, C., Valero, V., & Quiroz, N. (2018). *Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica Contribución de los Autores Agradecimientos Datos de Filiación de los Autores*. 4, 214–232.
- Pérez-padilla, E. A., Cervantes-ramírez, V. M., Hijuelos-garcía, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73–98.
- Piñar Sancho, G., Suárez Brenes, G., & De La Cruz Villalobos, N. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12).
- Rodríguez, A. (2020). *Depresión y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus 2, del Hospital II Reategui*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A., & Gonzáles-Sotomayor, R. (2017). Anxiety and depression on therapeutic adherence in patients with kidney disease. *Revista de Psicología (Santiago)*, 26(1), 1–13.
- Sabaté, Eduardo., & World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies : evidence for action*. World Health Organization.
- Sánchez-Cruz, J. F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S., & Yáñez-González, R. (2016). Adherencia, Estrés y depresión asociados a la no 2, al

tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo. *Aten Fam.*, 50(2), 43–47.

Serrano Becerril, C. I., Zamora Hernández, K. E., Navarro Rojas, M. M., & Villarreal Ríos, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de Mexico*, 28(4), 325–328.

Torres Rodríguez, A. A., Cazares, C. J., & Cedeño Ugalde, M. A. (2017). Caracterización de la tuberculosis sensible en el Ecuador: una visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 42(1), 128–136. [https://doi.org/10.29166/ciencias\\_medicas.v42i1.1573](https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v42i1.1573)

Vargas Sánchez, C. G., & Toledo Hernández, A. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Atención Familiar*, 25(4), 146–150. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67258>

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*.

Wu, C. S., Hsu, L. Y., & Wang, S. H. (2020). Association of depression and diabetes complications and mortality: A population-based cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000049>

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de operacionalización de operación

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Depresión	La depresión es un trastorno del estado del ánimo determinado por una variedad de factores personales y contextuales, y se manifiesta por un abanico de síntomas en la esfera cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual, que generan malestar y desajuste comportamental (Botto et al., 2014)	depresión será medida mediante las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Beck que explora síntomas cognitivos, afectivo, somática, interpersonal y conductual mediante 21 reactivos tipo escala	Unidimensional	Síntomas cognitivos Síntomas afectivos Síntomas somáticos Síntomas motivacionales Síntomas interpersonales	Ordinal:
Adherencia terapéutica	Es involucramiento y apego al tratamiento médico, así como estilos de vida saludable de una persona con diagnóstico de una enfermedad enfocados a mejorar o conservar el estado de salud (Pedraza-banderas et al., 2018)	La adherencia terapéutica será medido por la suma de las puntuaciones obtenidas en la Escala de AT de Bayarre (2008) mediante 12 reactivos politómicos en función de Control de la salud y autocuidado	Control de salud  Autocuidado	Citas programadas Tratamiento farmacológico oral Dosificación y horario de los medicamentos  Comunicación médico - paciente Autocontrol glucémico	Ordinal: Adherencia total: 38 a 48 puntos Adherencia parcial: 18 a 37 puntos No adherencia: 0 a 17 puntos

## Anexo 2. Matriz de Consistencia interna

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE DISEÑO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis General</b>				
¿Cuál es la relación Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022?	Determinar la relación Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022	Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022	Depresión	<b>Unidimensional</b>	Enfoque cuantitativo aplicado, nivel correlacional  Diseño no experimental, transversal.	<b>Técnicas:</b> Encuesta  <b>Instrumentos:</b> Cuestionario
	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis Específicas</b>				
	Determinar la relación entre depresión y la dimensión de control de la salud en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022	H <sub>11</sub> : Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión de control de la salud en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022				
Determinar la relación entre depresión y la dimensión de autocuidado en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022	H <sub>11</sub> : Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión de autocuidado en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022		Adherencia terapéutica	Control de salud		



	Identificar el nivel de Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022	Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022				
				Autocuidado		

### Anexo 3. Instrumentos

#### CUESTIONARIO MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)

Edad: _____ (años)	Sexo: Varón ( ) Mujer ( )	Ocupación:
Estado civil	Escolaridad:	Vive con:

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Nº		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1.	Toma los medicamentos en el horario establecido					
2.	Se toma todas las dosis indicadas					
3.	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
4.	Asiste a las consultas de control y seguimiento programadas					
5.	Realiza los ejercicios físicos indicados					
6.	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria					
7.	Usted y su médico deciden, de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8.	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9.	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10.	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11.	Usted y su médico analizan cómo cumplir el tratamiento					
12.	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación al tratamiento que ha prescrito su médico					

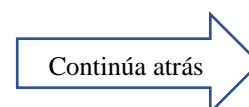
## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (SEGUNDA EDICIÓN) – BDI II

(Adaptación: Brenlla, 2006)

Edad: _____ (años)	Sexo: Varón ( ) Mujer ( )	Ocupación:
Estado civil	Escolaridad:	Vive con:

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

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2 Me siento triste todo el tiempo</p> <p>3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p><b>1. Sentimientos de castigo</b></p> <p>0. No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado</p>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro</p> <p>1 Me siento desanimado respecto al futuro</p> <p>2 Siento que no tengo que esperar nada</p> <p>3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar</p>	<p><b>2. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo de siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>
<p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento fracasado</p> <p>1 He fracasado más que de lo que hubiera debido.</p> <p>1 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos</p> <p>2 Me siento una persona totalmente fracasada</p>	<p><b>3. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p><b>4. Pérdida de placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes</p> <p>2 Obtengo muy poco placer una satisfacción auténtica con las cosas</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que disfrutaba</p>	<p><b>4. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2. Querría matarme.</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p><b>5. Sentimiento de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p>	<p><b>5. Llanto</b></p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez.</p>



<p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>3. Siento ganas de llorar, pero no puedo</p>
<p><b>6. Agitación</b></p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0. No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3. Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<p><b>7. Pérdida de Interés</b></p> <p>0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1. Estoy menos interesando que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo.</p>	<p><b>18. Cambio en el Apetito</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p><b>8. Indecisión</b></p> <p>0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p><b>9. Desvalorización</b></p> <p>0. No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3. Siento que no valgo nada.</p>	<p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0. No estoy más cansado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p><b>10. Pérdida de Energía</b></p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p><b>11. Cambio en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	

## ANEXOS 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

#### **I. Área Informativa**

El propósito del formato de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por **Bravo Bustamante, Ingivor Lisseth**, estudiante de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo- Filial Piura

La finalidad del estudio es determinar la relación entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas y completar dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no se otorga bonificación económica por su participación. La información que se recoja es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la prueba le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

#### **II. Área Declarativa**

He sido informado (a) de que la finalidad del estudio es determinar la relación entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022. Me han indicado también que la participación es voluntaria y no recibiré bonificación económica por la participación y tendré que responder cuestionarios lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Bravo Bustamante, Ingivor Lisseth** Entiendo que una copia de este formato de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

**El Empalme,** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

Nombre del Participante: Seudónimo del participante: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_

Anexo 5.

**Informe de evidencia de validez y confiabilidad de la escala de adherencia terapéutica**

**I. Ficha Técnica Del Instrumento**

Nombre del instrumento: Escala de Adherencia Terapéutica

Autores del instrumento: Libertad, Bayarre, Grau (2008)

Año: 2008

Procedencia: Cuba

Ámbito de aplicación: Individual y colectiva

Áreas que explora: Control de salud

**II. Evidencia de validez basado en el contenido**

Tabla 4. Evidencia de validez de contenido de la escala de adherencia terapéutica

DIMENSIONES	ITEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		IAA	IAA	IAA
	1	1,000	1,000	1,000
	2	1,000	1,000	1,000
	3	1,000	1,000	1,000
	4	1,000	1,000	1,000
	5	1,000	1,000	1,000
<b>CONTROL DE SALUD</b>	6	1,000	1,000	1,000
	7	1,000	1,000	1,000
	8	1,000	1,000	1,000
	9	1,000	1,000	1,000
	10	1,000	1,000	1,000
	11	1,000	1,000	1,000
<b>AUTOCAUIDADO</b>	12	1,000	1,000	1,000
	Promedio	1,000	1,000	1,000

Para la evidencia de validez de contenido se realizó la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken de 1, lo cual evidencia que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido para ser incluidos en la escala de adherencia terapéutica.

Tabla 5. Evidencia de confiabilidad de la escala de adherencia terapéutica

Escala	N°	M (DE)	$\alpha$
Escala Global	12	3.18	0.818
Control de salud	6	3.21	0.821
Autocuidado	6	3.15	0.809

**Nota:**  $\alpha$ : Coeficiente alfa de Cronbach;

En la tabla 3 se observa que el análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala de adherencia terapéutica en pacientes de un centro de salud, Chone con una muestra de 40 pacientes, encontrándose altos valores de confiabilidad, tanto en dimensión global ( $\alpha = .818$ ), como en las dimensiones control de salud ( $\alpha = .821$ ), y autocuidado ( $\alpha = .809$ ), lo cual constituye que el instrumento cuenta con evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

## Informe de evidencia de validez del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

### I. Ficha Técnica Del Instrumento

Nombre del instrumento: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Autores del instrumento: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Adaptación al español: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez

Año: 1996

Procedencia: Estados Unidos

Ámbito de aplicación: Individual y colectiva

Áreas que explora: Nivel de depresión

### III. Evidencia de validez basado en el contenido

Tabla 6. Evidencia de validez de contenido del Inventario de depresión de Beck

DIMENSIONES	ÍTEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		IAA	IAA	IAA
Depresión	1	1,000	1,000	1,000
	2	1,000	1,000	1,000
	3	1,000	1,000	1,000
	4	1,000	1,000	1,000
	5	1,000	1,000	1,000
	6	1,000	1,000	1,000
	7	1,000	1,000	1,000
	8	1,000	1,000	1,000
	9	1,000	1,000	1,000
	10	1,000	1,000	1,000
	11	1,000	1,000	1,000
	12	1,000	1,000	1,000
	13	1,000	1,000	1,000
	14	1,000	1,000	1,000
	15	1,000	1,000	1,000
	16	1,000	1,000	1,000
	17	1,000	1,000	1,000
	18	1,000	1,000	1,000
	19	1,000	1,000	1,000
	20	1,000	1,000	1,000
	21	1,000	1,000	1,000
	Promedio	1,000	1,000	1,000

Para la evidencia de validez de contenido de la escala DBI mediante la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken de 1, lo cual evidencia que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido.



## Anexo 6. Bondad de Ajuste de los datos

*Tabla 7. Prueba de Normalidad de las puntuaciones de depresión y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de un Hospital de El Empalme*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	p
Depresión	,161	60	,001
Adherencia terapéutica	,123	60	,025
Control de salud	,169	60	,000
Autocuidado	,173	60	,000

Nota: gl: Grados de libertad; p: Probabilidad de error.

### **Prueba de Hipótesis:**

H<sub>0</sub>: Los datos siguen una distribución normal

### **Criterios de decisión estadística**

p-valor >  $\alpha$ (0.05); se acepta la H<sub>0</sub>

p-valor <  $\alpha$ (0.05); se rechaza la H<sub>0</sub>

**Decisión estadística:** Se rechaza la H<sub>0</sub>

### **Interpretación**

En la tabla 1 se evidenció que los puntajes obtenidos de depresión y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de un Hospital de El Empalme obtuvieron como hallazgo del análisis de la prueba de KS, un p-valor de .001 <  $\alpha$  (.01), lo cual significa que prueba la H<sub>0</sub> que plantea que los datos de las dimensiones en mención provienen de una distribución no normal. En tal sentido corresponde aplicar el estadígrafo no paramétrico de Rho Spearman para medir la correlación entre las variables de estudio.



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022", cuyo autor es BRAVO BUSTAMANTE INGIVOR LISSETH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 15 de Enero del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL <b>DNI:</b> 00328631 <b>ORCID:</b> 0000-0002-0247-8724	Firmado electrónicamente por: CHIDALGOEG el 15- 01-2023 15:20:23

Código documento Trilce: TRI - 0520877