



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES  
CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED PACHACUTEC-  
VENTANILLA, 2018”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA

**AUTORA:**

GORDILLO FERNANDEZ, THALIA MERCEDES

**ASESORA:**

DRA. TIMANA YENQUE, LILLIANA ZEDEYDA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

POLITICAS Y GESTION EN SALUD

LIMA-PERÚ

2018

**DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
N°211-2018-UCV-LIMA NORTE/EP-ENFERMERÍA.**

El Presidente y los miembros del Jurado Evaluador, designados con Resolución Directoral N°825-2018-UCV-Lima Norte/EP-ENFERMERÍA de la Escuela Profesional de Enfermería acuerdan:

**PRIMERO.-** Aprobar por: **UNANIMIDAD**

El Desarrollo de Proyecto de Investigación presentada por él (la) estudiante:

**GORDILLO FERNANDEZ, THALIA MERCEDES**

Con el Tema denominado:

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA  
MICRORED PACHACUTEC – VENTANILLA, 2018**

**SEGUNDO.-** Al culminar la sustentación, él (la) estudiante **GORDILLO FERNANDEZ, THALIA MERCEDES**, obtuvo el siguiente calificativo:

NUMERO	LETRAS	CONDICIÓN
16	DIECISEIS	APROBADO

Presidente : Dra. Lilliana Zodeida Timana Yenque



Secretario : Mgtr. Maribel Merino Zelada



Vocal : Mgtr. Luz María Cruz Pardo



Los Olivos, 12 de diciembre de 2018.



**Mgtr. Zora María De Los Angeles Riojas Yance**  
Coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería  
Lima Norte

## **DEDICATORIA**

La presente investigación la dedico con todo mi amor a mis padres Lucio e Isabel por el inmenso sacrificio y esfuerzo que hacen, por brindarme los estudios y mi carrera para mi futuro, además por creer en mi capacidad, a pesar de todo siempre me brindan su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos José Luis, Juan Carlos y Cristian Adrián, quienes en su palabra de aliento no dejaban darme por vencida, de esta forma salir adelante, siempre mostrarme perseverante y de esta forma cumplir mis metas.

A mi novio Antony, por ser mi fuente de motivación e inspiración, para lograr mi anhelo, por el apoyo incondicional, comprensión y amor.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida, sabiduría y además derramar sus bendiciones todos los días de mi vida; así mismo permitirme realizar este trabajo de investigación en bien de la salud de los pacientes con tuberculosis.

Agradecer a mis amados padres Lucio e Isabel, por la ayuda recibida por medio de ellos, por confiar en mi capacidad y la confianza

A mi Asesora Lilliana Zedeyda Timaná Yenque, por el apoyo y los alcances dados al momento de realizar dicha investigación y por haberme transmitido los conocimientos obtenidos.

A mi novio Antony pro el apoyo incondicional, soporte y paciencia que ha tenido conmigo para el desarrollo de esta investigación.

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Thalía Mercedes Gordillo Fernández con DNI N° 72020376, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es verás y auténtica. Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces. 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 de la Universidad César Vallejo.

Lima, noviembre..del 2018



Thalía Mercedes Gordillo Fernández

## **PRESENTACIÓN**

Señores miembros del jurado: en cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la universidad presento ante ustedes la tesis titulada “Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de licenciada en enfermería.

Thalía Mercedes Gordillo Fernández

## INDICE

PÁGINA DEL JURADO .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	iv
PRESENTACIÓN .....	v
<b>INDICE</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESÚMEN</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.2. Realidad Problemática .....	3
1.2. Trabajos Previos .....	6
1.2.1 Antecedentes nacionales .....	6
1.2.2. Antecedentes internacionales.....	10
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	12
1.4. Formulación del problema .....	24
1.5. Justificación del estudio.....	24
1.6 Hipótesis General.....	25
1.7 Objetivos.....	25
1.7.1. Objetivo General.....	25
1.7.2. Objetivo Específicos .....	25
<b>II. MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
2.1. Tipo y nivel de investigación de estudio. ....	26
2.2. Diseño de investigación. ....	26
2.3. Variables .....	26
2.4. Operacionalización de las variables.....	26
2.5. Población .....	31
2.5.1 Unidad de análisis.....	31
2.5.2 Criterios de selección.....	31
2.5.2.1 Criterios de inclusión:.....	31
2.5.1.2 Criterios de exclusión: .....	32
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	32
2.6.1. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis .	32

2.6.1.1. Validez del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis. ....	33
2.6.1.2. Confiabilidad del Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis.....	33
2.6.2 Test Autoaplicado de Depresión de Zung .....	34
2.6.2.1 Validez del Test Autoaplicado de Depresión de Zung.....	34
2.6.2.2 Confiabilidad del Test Autoaplicado de Depresión de Zung .....	35
2.7. Proceso de recolección de datos .....	35
2.8. Métodos de análisis de datos .....	36
2.9. Aspectos éticos .....	37
III. RESULTADOS .....	38
3.1 Análisis descriptivo.....	39
3.2 Análisis inferencial: .....	41
IV. DISCUSIÓN.....	42
V. CONCLUSIONES .....	48
VI. RECOMENDACIONES .....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	50
ANEXOS:.....	58
ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS.....	58
ANEXO 2: TEST AUTOAPLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG.....	59
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	60
ANEXO 4: TABLA SOBRE DIMENSIONES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	61
ANEXO 5: TABLA SOBRE DIMENSIONES DE DEPRESIÓN.....	62
ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO 7: COEFICIENTE V DE AIKEN.....	64
ANEXO 8: PRUEBA PILOTO Y COEFICIENTE ALPHA DE CONBACH .....	65
ANEXO 9: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
ANEXO 10: AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR EL TEST AUTOAPLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG .....	66
ANEXO 11: VALIDACIÓN MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS <b>Error! Bookmark not defined.</b>	

## RESÚMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018. **Material y Método:** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, diseño de investigación no experimental, de tipo correlacional. La población estuvo integrada por 40 pacientes con diagnóstico de tuberculosis. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fueron dos: Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis y el Test Autoaplicado de Depresión de Zung. Se realizó un análisis descriptivo de la variable de estudio y las variables sociodemográficas, para determinar el nivel de adherencia al tratamiento y los niveles de depresión, además se utilizó un análisis inferencial se utilizó el coeficiente de correlación Chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** Dado que el valor de  $p > \alpha$  (0.05) se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_A$ . Por lo tanto podemos concluir que existe evidencia para aceptar que la variable Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis no están relacionados. **Conclusión:** Dando respuesta al objetivo general se rechaza la hipótesis de la investigación dado que entre la variable Adherencia al Tratamiento y Depresión ( $p > \alpha$ ). Es decir probablemente no existe evidencia estadística para aceptar que la Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec- Ventanilla estén relacionadas.

**Palabra clave:** Adherencia, Depresión, Tuberculosis

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between adherence to treatment and depression in patients with tuberculosis from the Pachacutec-Ventanilla Micro-network, 2018. **Material and Method:** The present study is a quantitative approach, non-experimental research design, correlational type. The population consisted of 40 patients with a diagnosis of sensitive tuberculosis. The technique used was the survey and the instrument were two: Questionnaire on Adherence to Treatment in patients with Tuberculosis and the Self-applied Test of Zung Depression. We performed a descriptive analysis of the study variable and sociodemographic variables, to determine the level of adherence to treatment and levels of depression, we also used an inferential analysis we used the Chi-square correlation coefficient of Pearson. **Results:** Since the value of  $p > \alpha$  (0.05) the  $H_0$  is accepted and the  $H_A$  is rejected. Therefore, we can conclude that there is evidence to accept that the Adherence to treatment and Depression variable in patients with tuberculosis are not related. **Conclusion:** In response to the general objective, the research hypothesis is rejected given that between the Adherence to Treatment and Depression variable ( $p > \alpha$ ). In other words, there is probably no statistical evidence to confirm that Adherence to treatment and Depression in patients with tuberculosis from the Microcat Pachacutec-Ventanilla are related.

**Keyword:** Adherence, Depression, Tuberculosis

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Tuberculosis es un problema de Salud Pública, por ser una amenaza a nivel mundial por el aumento de casos de la TBC-MDR sobre todo en los países en vías de desarrollo, en donde se encuentra pobreza, inequidad y exclusión, lo cual facilita la trasmisión de la enfermedad.

A nivel mundial, en el año 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante el informe mundial de tuberculosis estimó que se presentaron 10.4 millones de casos nuevos de TBC, de los cuales 5.9 millones (56%) correspondieron al sexo masculino, 3.5 millones (34%) correspondieron al sexo femenino y 1.0 millón de casos (10%) afectó a los niños. Otro dato importante para la salud pública es en cuanto a la aparición de un nuevo tipo de Tuberculosis Multidrogorresistente este mismo organismo reportó que para el año 2016 unas 490 mil personas desarrollaron este tipo de TBC-MDR. Un problema asociado a la falta de adherencia al tratamiento es la depresión, existe evidencia que este problema está relacionado a la tuberculosis lo cual influiría negativamente en el cumplimiento terapéutico.

Finalmente pese a la falta de estudios previos en nuestro medio de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, que van en aumento cada año en nuestro país, es conveniente realizar estudios analíticos que demuestren el impacto que tiene la depresión sobre la adherencia al tratamiento antituberculoso, ya que a pesar de haber políticas dadas por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) respecto a la Salud Mental al paciente con tuberculosis estas se ven avasalladas por factores que van desde la falta de información hacia el paciente y familia hasta la despreocupación por el personal de Salud por el tema psicológico de cada paciente.

Numerosas investigaciones se han desarrollado referente al tema de adherencia al tratamiento y depresión, cada investigación con su propio enfoque y metodología, como es el caso de Maldonado A. y Lozano L en el año 2014, Quillatupa B. en el año 2014, Maza C y Tapia M. en el año 2015, Morales H. en el año 2015, También Yactayo L en el año 2015, Córdova J en el año 2015, Iparraguirre M. en el año 2016, Meza W., Peralta A., Quispe F y Cáceres F. en el año 2017, Montenegro J. en el año 2013.

Se efectuó un estudio sobre la depresión y la relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la Microred Pachacutec - Ventanilla, 2018.

La presente investigación tiene un diseño de tipo no experimental ejecutada en el 2018 con pacientes cuyo diagnóstico fue Tuberculosis sensible de la Microred Pachacutec. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron dos: Cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis y el Test Autoaplicado de Depresión de Zung. (Véase anexo 1 y 2).

El estudio está estructurado de la siguiente manera: planteamiento del problema del estudio, justificación, objetivos, resultados, discusión, conclusiones y finalmente las referencias bibliográficas y anexos.

## 1.2. Realidad Problemática

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa la cual continúa siendo una de las mayores amenazas para la salud pública. Para el año 2016 aproximadamente una cuarta parte de la población mundial, estuvo infectada por el bacilo de Koch, constituyendo una enfermedad frecuente en países en desarrollo y en especial en las áreas más densamente pobladas<sup>1</sup>. Esta enfermedad afecta específicamente al parénquima pulmonar y puede diseminarse a otras partes del cuerpo como puede ser meninges, riñones, huesos y ganglios, constituyendo el principal agente causal el *Mycobacterium tuberculosis* un bacilo aeróbico acidorresistente que se desarrolla paulatinamente y es sensible al calor y a la luz ultravioleta<sup>2</sup>.

A nivel mundial, en el 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante el informe mundial de tuberculosis estimó que se presentaron 10.4 millones de casos nuevos de TBC, de los cuales 5.9 millones (56%) correspondieron al sexo masculino, 3.5 millones (34%) correspondieron al sexo femenino y 1.0 millón de casos (10%) afectó a los niños. Otro dato importante para la salud pública es en cuanto a la aparición de un nuevo tipo de tuberculosis multidrogorresistente (TBC-MDR) este mismo organismo reportó que para el año 2016 unas 490 mil personas desarrollaron este tipo de TBC-MDR<sup>3</sup>.

Por otro lado, el Informe Regional 2015 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2013 estimó que se produjeron 81.900 casos de TBC en la Subregión Andina de Sudamérica. El Perú no está exento de esta problemática, así tenemos que según datos oficiales reportados por este organismo con 37 000 casos de tuberculosis, el Perú representó el 14% de la carga estimada de TBC ocupando éste el segundo lugar dentro de los cinco países de esta subregión siendo Brasil, Perú, México, Haití y Colombia los que padecen de ésta temida enfermedad<sup>4</sup>.

En el Perú la TBC continúa siendo un relevante problema para el sistema sanitario a escala mundial, en el año 2017 la Dirección General de Epidemiología

mediante el Boletín epidemiológico N° 4 reportó que en nuestro país anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo<sup>5</sup>. Otro dato que reviste importancia es que para el año 2017 doce regiones se encontraron con muy alto riesgo de tuberculosis (Lima, Callao, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Ica, Tacna, Moquegua, La libertad, Arequipa, Lambayeque y Cusco) presentaron una incidencia de TBC por encima del nivel nacional, estos departamentos antes mencionados reportaron el 72% de los casos nuevos notificados. Nuestra capital es el departamento que más casos de tuberculosis concentra en el país con un 60% y es el tercer departamento que presenta la incidencia más alta, el mayor porcentaje de casos se concentra en Lima, Callao y en los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco<sup>6</sup>.

La TBC es una enfermedad infecciosa donde la persona que la padece es sometida a un tratamiento prolongado y de estricto cumplimiento para lograr curarse y así evitar recaídas, resistencia farmacológica y peor aún la diseminación de la enfermedad. Las personas al no percibir la mejoría lo conllevan a tener alteraciones de la esfera mental y social. Esta situación se ve reflejada en insuficiencias asociadas al conocimiento y nivel de sensibilización de la sociedad; entonces la persona que experimenta esta enfermedad y lucha no solo contra las dificultades de la terapia antituberculosa, sino también, se verá afectada la personalidad y esto en lo sucesivo va fundando sentimientos de culpabilidad, indiferencia, negación, los cuales aumentan la posibilidad de que el paciente presente depresión siendo éste un factor predisponente para el incumplimiento del mismo. En efecto el Programa de Salud Mental encaminado por el Ministerio de la Salud hace mención que la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos<sup>7</sup>.

La OMS mediante el informe anual del años 2017, reportó una proporción general de abandono del tratamiento para la TBC, para América Latina del 6%, constituyendo en el Perú de 5.6%<sup>1</sup>. Dada la magnitud del problema, la no adherencia al tratamiento conforma un problema de salud pública importante además para la misma persona con tuberculosis ya que tendrá connotaciones muy graves, como son: la alteración del bienestar físico del paciente por la

enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad, por consiguiente es imprescindible que el paciente se adhiera y cumpla con el régimen prescrito, ya que la adherencia al tratamiento constituye el eje primordial para el control de esta enfermedad.

Según el informe global de la OMS publicado en el año 2017, la depresión afectó a 300 millones de personas en el mundo de los cuales 50 millones corresponden a la Región de las Américas. En nuestro país hay un millón 700 mil personas con depresión, de los cuales 365 mil están en Lima, de ellos solo el 25% recibe atención médica constituyendo éste el trastorno mental más frecuente y discapacitante, que se genera por factores biológicos, sociales y psicológicos.

Los estudios nacionales que se han efectuado al respecto han permitido establecer la relación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. En un estudio descriptivo realizado en la Red Almenara de Lima, cuyo objetivo fue determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento en los pacientes con TBC-MDR; se concluyó que la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso<sup>11</sup>. Existen otras investigaciones realizadas en los últimos años en cuanto a la adherencia del tratamiento en personas con tuberculosis de nuestro medio, que dan cuenta de niveles de depresión severa así como niveles bajos de adherencia al tratamiento antituberculoso<sup>8-15</sup>.

Dentro de este panorama, es preciso reconocer que el estigma frente a la TBC está dado por las creencias sobre la enfermedad y quienes la padecen, la cual comprende comportamientos o prácticas que se desprenden de actitudes o creencias. De ahí que en el transcurrir de las prácticas pre profesionales de esta investigadora, efectuada en diversos establecimientos de salud del sector público, se pudo escuchar frases que solían decir los pacientes con tuberculosis como por ejemplo: “yo estoy enfermo y mi familia no quiere ni mirarme, piensan que se van a enfermar”, “mis familiares me dicen aquí no vengas con tus bacilos”, “me despidieron de mi trabajo al enterarse que yo tenía esta

enfermedad”, “mis amigos me aíslan”, “ me siento decaído y preocupado por mi enfermedad”, “casi siempre tengo ganas de llorar”, “ya no encuentro sentido a la vida”. Sin lugar a dudas, esto evidencia el estigma y la discriminación que sufren los pacientes con diagnóstico de TBC lo que podría constituir una barrera para la adherencia al tratamiento.

Dentro de este contexto la promoción y prevención de la salud juegan un papel importante para el control de esta enfermedad siendo el cumplimiento del tratamiento regular un punto clave para lograr la recuperación y finalmente su curación por tanto en la presente investigación se intenta determinar **¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla; 2018?**

## **1.2. Trabajos Previos**

La depresión y la tuberculosis son enfermedades que están estrechamente relacionadas, ya que la depresión es un factor predisponente para el cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Al respecto existen una serie de investigaciones ejecutadas tanto a nivel local, regional e internacional con el objetivo de determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, así mismo otras investigaciones sobre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con diagnóstico de tuberculosis.

### **1.2.1 Antecedentes nacionales**

Maldonado A. y Lozano L. en el año 2014 llevaron a cabo un estudio titulado Influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con TBC-MDR en el Hospital Regional de Pucallpa, el estudio tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo. Los hallazgos mostraron que el 55.6% de los pacientes

que presentaron depresión leve tuvieron mala adherencia al tratamiento, mientras que el 65% de los pacientes que presentaron depresión moderada tuvieron mala adherencia al tratamiento y el 85.76% de los pacientes que presentaron depresión severa tuvieron una mala adherencia. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre las dos variables<sup>8</sup>.

En la misma línea Quillatupa B. en el año 2014, en Lima llevó a cabo un estudio titulado “Factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos, este estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por 37 pacientes entre 20 y 59 años. Finalmente los resultados mostraron que el 64% de los pacientes presentaron una influencia positiva, el cual les permitió adherirse al tratamiento y el 12% de los pacientes presentaron una influencia negativa, el cual no les permitió adherirse al tratamiento<sup>9</sup>.

Según un trabajo de investigación, realizado por Maza C. y Tapia M. de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, en el año 2015 en Chimbote, cuyo objetivo fue conocer la relación entre el nivel de autoestima, apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso. Los hallazgos indicaron que el 66.7% de los pacientes con tuberculosis cumplió con el tratamiento farmacológico antituberculoso y el 33.3% de los pacientes no cumplieron con el tratamiento antituberculoso. Se encontró que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso; asimismo se demostró que existe relación altamente significativa entre el apoyo social y el cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso, la población estuvo conformada por 30 pacientes con TBC<sup>10</sup>.

Morales H. en el 2015, realizó una investigación titulada influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TBC-MDR de la Red Almenara - Lima. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo

de corte transversal prospectivo. Fueron encuestados 81 pacientes, en cuanto a las edades fluctuaron entre 15 - 65 años. Los resultados fueron que el 82.14% de los pacientes que no presentaron depresión tuvieron buena adherencia al tratamiento; por otro lado con un 76.67% de los pacientes que presentaron depresión leve mostraron una buena adherencia al tratamiento, mientras que un 17.65% de los pacientes que presentaron depresión moderada presentaron buena adherencia, finalmente el 50% de los pacientes que presentaron depresión severa mostraron buena adherencia terapéutica<sup>11</sup>

También Yactayo L. en el año 2015, en Chiclayo, llevó a cabo una investigación titulada “Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 20 pacientes con tuberculosis. Los resultados mostraron que el 50% de pacientes con TBC padecían de un nivel intenso de depresión, por otro lado el 25% de pacientes con TBC tenían depresión moderada, un 15% de pacientes tenían depresión leve y un 10% de pacientes con TBC no presentaron depresión<sup>12</sup>.

Córdova J. en el año 2015, realizó una investigación titulado “Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana - Juliaca”, el diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal de tipo correlacional. La muestra estuvo determinada por 31 pacientes con TBC. Los hallazgos indicaron que 32.3% de los pacientes presentaron depresión mínima o está ausente, el 29.0% de los pacientes presentaron depresión leve, 25.8% de los pacientes presentaron depresión moderada y el 12.9% de los pacientes presentaron depresión grave. El 51.6% presentaron soporte social moderado, el 29.0% presentaron un nivel bajo de soporte social, finalmente existe correlación indirecta y significativa entre las dos variables de estudio<sup>13</sup>.

Iparraquirre M. realizó una investigación en el año 2016 en Trujillo titulado factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas

afectadas con tuberculosis. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, fue de tipo descriptivo, se aplicó un cuestionario a 47 pacientes. Los hallazgos mostraron que el 63.83% de los pacientes fueron de sexo masculino y 36.17% fueron del sexo femenino; el 74.47% de los pacientes tenían edades entre 20 a 65 años; el promedio de edad osciló entre 10 a 19 años. En cuanto a la adherencia farmacológica el 87.23% de los pacientes tuvieron un nivel medio, en lo relacionado a la adherencia alimentaria el 57.45% de los pacientes tuvieron un nivel alto y en adherencia a medidas preventivas el 68.09% de los pacientes presentaron un nivel alto<sup>14</sup>

Según un trabajo de investigación realizado por Bustamante G. de tipo descriptivo correlacional de diseño no experimental, de corte transversal, en el año 2016 en Lima, cuyo objetivo fue establecer la relación entre la hostilidad/cólera y la depresión en pacientes diagnosticados con TBC del Centro de Salud del distrito de San Juan de Lurigancho. La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes de ambos sexos. Los resultados indicaron que existe correlación entre la depresión y las dimensiones cólera estado (0,251), cólera rasgo (0.288) y cólera manifiesta (0,312). Estas correlaciones son de tipo positiva y de grado bajo a moderado<sup>15</sup>.

Meza W, Peralta A, Quispe F y Cáceres F. realizaron una investigación en el año 2017 en Ica, titulada adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 52 pacientes con TBC. Los resultados fueron que el 21.2% de pacientes olvidan tomar sus medicamentos, el 38.5% no toma sus medicamentos a la hora indicada, el 19.2% de pacientes con TBC deja de tomar los medicamentos cuando se encuentra bien y el 21.2% deja de tomar los medicamentos cuando no se encuentra bien. Según el test de Morisky –Green, el 42.3% de pacientes con TBC no es adherente al tratamiento farmacológico, mientras que el 57.7% de pacientes son adherentes con respecto al cumplimiento de la medicación. Los factores

condicionantes para el cumplimiento del tratamiento fueron: factores relacionados con la terapia (estuvo relacionado con la adherencia la percepción de molestias a tomar los medicamentos), con relación a la asistencia sanitaria (estuvo relacionado con la adherencia al tratamiento las inquietudes que resuelve el médico sobre la medicación), con factores en relación al paciente<sup>16</sup>.

### **1.2.2. Antecedentes internacionales**

A nivel internacional también se encontraron estudios relacionados a la depresión en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, como fue la investigación de tipo correlacional y transversal realizada por Montenegro J. en el año 2013 en Quito. El objetivo del estudio fue conocer si el apoyo emocional mejora los estados de ánimo de pacientes con tuberculosis. La población estuvo conformada por 44 pacientes. Los hallazgos mostraron que en relación al diagnóstico psicológico, el 31.81% de pacientes con TBC presentaron trastorno ansioso depresivo, el 11.36% de pacientes presentaron depresión leve, el 9.09% de pacientes con tuberculosis presentaron depresión moderada y el 4.54% de pacientes con TBC presentaron depresión grave<sup>17</sup>.

Garnica B, Paz A, Zurita M, Prado G. y Romero B. en el año 2014, en Bolivia llevaron a cabo un estudio, cuyo objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, se aplicó el cuestionario a 13 pacientes. Los resultados mostraron que el 54% de los pacientes fueron adherentes mientras que un 46% de pacientes no fueron adherentes<sup>18</sup>.

Theron G, Pedro J, Zijenah L, Chanda D, Mangu Ch, Cloves P, *et al.* en el año 2015, en Sudáfrica realizaron una investigación titulada: Trastorno psicológico y su relación con la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis. La muestra estuvo constituida por 261 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de tuberculosis. El estudio tuvo enfoque cuantitativo, tipo correlacional de corte trasversal. Para medir trastornos

psicológicos utilizaron el cuestionario Kessler. Se demostró que existe relación significativa entre las variables de estudio. En cuanto a cada una de las variables los hallazgos mostraron que el 22% de los pacientes tenía trastornos psicológicos graves y el 26% de los pacientes con TBC confirmada no fueron adherentes al tratamiento<sup>19</sup>.

Kehbila J, Ekabe C, Noubiap J, Amine L, Fon P. y Monekosso G. en el año 2016, Camerún realizaron un estudio, titulado Prevalencia y correlatos de los síntomas depresivos en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 265 pacientes con TBC. Para medir depresión utilizaron el Cuestionario de Salud del Paciente estándar de nueve ítems. Los hallazgos sociodemográficos mostraron que el 51.3% eran mujeres y el 48.7% fueron varones. Las edades oscilaron entre 21 y 66 años, con una media de 37.0 años. Más de la mitad (52,5%) de la población del estudio era soltera y 37% de los pacientes estaba casada. La mayoría (45,7%) de los pacientes había asistido a la escuela secundaria y el 61,5% de los participantes eran habitantes de zonas urbanas. Los resultados mostraron la alta prevalencia de depresión en pacientes con TBC con un (61.1%). El 38.9% de pacientes no tenían depresión, el 36.6% tenían depresión leve y el 24.5% tenían depresión moderada<sup>20</sup>.

Yan S, Zhang S, Tong Y, Yin X, Lu Z. y Gong Y. en el año 2018, en China, realizaron una investigación titulada: No adherencia a los medicamentos antituberculosos: el impacto del estigma y los síntomas depresivos. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo fue de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 1.342 pacientes de TBC. Los pacientes completaron cuestionarios estructurados que abordaban la adherencia a la medicación, el estigma relacionado con la tuberculosis y los síntomas depresivos. Los resultados evidenciaron que el 32.12% de pacientes tuvieron adherencia alta, el 34.58% de pacientes tuvieron adherencia media y el 33.31% de pacientes tuvieron adherencia baja. En lo concerniente al impacto del estigma y los síntomas depresivos

en la adherencia a la medicación fue significativa. El estigma relacionado con la TBC y los síntomas depresivos fueron comunes entre los pacientes con TBC en China<sup>21</sup>.

### 1.3. Teorías relacionadas al tema

La tuberculosis es una enfermedad de etiología infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, sin embargo puede afectar a cualquier órgano del cuerpo, ésta enfermedad es curable y prevenible<sup>2</sup>; es considerada un problema para la salud pública a nivel mundial por lo que para su control requiere que la persona que la padece cumpla estrictamente con el tratamiento e indicaciones terapéuticas<sup>1</sup>.

La TBC afecta a la población económicamente activa (PEA) grupo de edad comprendida entre los 15 y 54 años predominantemente en el sexo masculino, cabe resaltar que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos<sup>3</sup>. Esto se debe a que en este intervalo de edades las relaciones interpersonales son inherentes pues se mantienen las mayores relaciones sociales (en el trabajo, centro de estudios, amistades entre otros) convirtiendo a éstos en escenarios propicios para contagiar la enfermedad, de ahí que se instauran las prácticas de aislamiento, discriminación y de exclusión hacia la persona que padece esta enfermedad.

Es así que el Ministerio de Salud (MINSA) considera al adulto como aquel individuo, varón o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos, económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras y se dividen en:

- **Adulto Joven de 20 a 24 años:** Es la etapa de vida en que se inicia a asumir responsabilidades sociales y familiares. Inicia el desarrollo de su proyecto de vida. Puede ser económicamente dependiente o no.
- **Adulto Intermedio de 25 a 54 años:** Esta etapa se caracteriza por ser económicamente independientes tiene responsabilidad familiar generada o de

origen. El entorno familiar (crianza de sus hijos) y laboral constituyen la razón de sus vidas.

• **Adulto Pre mayor de 55 a 59 años:** Es una etapa de transición hacia el envejecimiento. Implica una menor función reproductiva en el varón y el cese de esta función en la mujer. Menor responsabilidad de crianza de los hijos”<sup>22</sup>.

Es por ello imprescindible el abordaje de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, mediante la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud liderada por Nola Pender quien enfatiza la adopción de estilos de vida saludables y sustenta la probabilidad de que ocurra una conducta promotora o protectora de salud que depende de la combinación de las características y experiencias individuales, de las cogniciones y afectos específicos de la conducta de la persona para entrar en acción, y lo constituyen tres constructos:

**“a) Las características y experiencias individuales:** se refiere a condiciones únicas que afectan las acciones subsecuentes. Incluyen conducta previa relacionada, factores personales, clasificados en biológicos, psicológicos y socioculturales que predicen directamente una conducta de salud e indirectamente a través de las cogniciones y afectos específicos.

**b) Las cogniciones y afectos específicos de la conducta:** se refiere al factor motivacional, constituye el núcleo crítico para la intervención ya que son sujetas a modificarse a través de las acciones de enfermería. Incluye los siguientes conceptos: Beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad y factores circunstanciales, estos predicen en forma directa, la conducta promotora y protectora de salud e indirectamente a través del compromiso con un plan de acción.

**c) El resultado conductual:** se refiere a la adopción y continuación de conductas promotoras y protectoras de salud mediante el compromiso con un plan de acción, que es establecido por la persona de acuerdo con sus preferencias en un determinado tiempo y lugar, pueden estar mediadas por las demandas y preferencias contrarias inmediatas ya que son necesidades que se presentan en último momento que pueden hacer a un lado el plan de acción, varía de una persona a otra y se dirige al logro de resultados de salud positivos”<sup>23</sup>.

Cabe mencionar que el Modelo de Promoción de la Salud sirve de guía para los profesionales de enfermería, ya que permite generar conductas promotoras y protectoras de salud de la persona con tuberculosis con el fin de lograr su adherencia al tratamiento y finalmente su curación, asimismo para desarrollar acciones a nivel familiar y comunal pues éstos constituyen el soporte para un paciente que padece de TBC.

De las enfermedades infecciosas, la TBC sigue siendo una de las causantes de mayor morbimortalidad esto genera grandes costos para el sistema de salud

con pérdidas económicas en el aspecto personal, familiar y social<sup>24</sup>. Actualmente la tuberculosis continúa siendo una de las enfermedades más temidas y peligrosas, puesto que se ha incrementado la incidencia de la TBC-MDR a consecuencia de la mutación del bacilo de Koch. Precisamente para hacer frente a esta situación es fundamental que se siga una adecuada estrategia de adherencia terapéutica, para asegurar el control de la enfermedad.

El tema de adherencia al tratamiento tiene gran trascendencia, ya que si un paciente se adhiere al tratamiento implica que ponga en práctica cambios de estilos de vida relacionados al aspecto nutricional, ingesta de fármacos, relaciones sociales<sup>25</sup> y que muchas veces constituyen barreras o dificultades para el cumplimiento terapéutico y por ende el control de la tuberculosis.

En este marco el término adherencia tiene múltiples conceptualizaciones así tenemos que la Real Academia Española (RAE) la define como:

“La acción y efecto de adherir o adherirse, conviniendo en un dictamen o partido, o utilizando el recurso entablado por la parte contraria”<sup>26</sup>.

En el campo de la salud el máximo organismo representante de la salud la OMS en el año 2013 definió a la adherencia como:

“El grado en que el comportamiento de una persona tiene al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de estilos de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”<sup>27</sup>.

La definición clásica de adherencia dada por Sackett y Haynes en el año 1976 y que ha tenido notable aceptación considera al término adherencia como:

“El grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos a tomar o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de salud que atienden”<sup>28</sup>.

Otra definición es la dada por la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios y ha definido la adherencia como:

“El grado en que el paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y los plazos prescritos. Sin embargo los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no solo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan”<sup>29</sup>.

En base a lo señalado en los párrafos precedentes, podemos decir que cada autor menciona al concepto de adherencia desde diferentes ángulos los cuales se complementan y se podría conceptualizar a la adherencia como el grado de acatamiento o cumplimiento en relación con los medicamento, la pauta posológica, el plazo prescrito y ejecutar cambios de estilos de vida, lo que quiere decir que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y las pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la tuberculosis y ejerciendo sus derechos y deberes como personas.

La OMS mediante el informe anual del año 2017, reportó que la tasa de abandono del tratamiento antituberculoso para América Latina fue del 6%, y en el mismo año en el Perú fue de 5,6%<sup>1</sup>. Esta organización considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos como un problema presente de salud pública dando origen a fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios; un tema prioritario de salud pública. Se estima que en general un 20% a 50%<sup>6</sup> de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. Dada la magnitud, el abandono constituye un problema para el programa de control de tuberculosis puesto que no solo agrava la enfermedad sino que ocasiona la resistencia bacteriana a los fármacos, haciendo más difícil el control de la misma.

Así como se ha definido adherencia terapéutica en líneas precedentes, de igual forma es necesario definir el término de “No – Adherencia”, debido al sin número de investigaciones que respectan del tema. En la revisión hecha por la asociación colombiana de medicina interna, definen la “No – Adherencia “como:

“Falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida; ejemplo de esto son los medicamentos”<sup>30</sup>.

La dificultad en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es en esencia, una decisión personal de causa multifactorial. Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar el medicamento.

Ante lo expuesto en líneas anteriores existen cuatro factores que determinan por qué el paciente toma o no el medicamento:

- a. Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- b. La percepción de gravedad de la enfermedad
- c. La credibilidad en la eficacia de la medicación
- d. Aceptación personal de los cambios recomendados”<sup>30</sup>

Se considera que la “no-adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no-adherencia a la terapia, requiere un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente-médico-sistema de salud.

La frecuencia de la no-adherencia al tratamiento puede variar, inclusive un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no otras. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales <sup>30</sup>.

Debido a las diversas formas en que se incumplen los tratamientos independientemente del tipo pero en especial el farmacológico se han hecho diversas clasificaciones de la No-Adherencia, pero la que ha tenido mayor aceptación es la dada por la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

De acuerdo al periodo de seguimiento del paciente la no adherencia se clasifican en:

- a) Incumplimiento parcial:** se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- b) Incumplimiento esporádico:** incumple de forma ocasional.
- c) Incumplimiento secuencial:** El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- d) Incumplimiento completo:** cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- e) Cumplimiento de bata blanca:** Sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica” <sup>30</sup>.

De acuerdo a la toma y manejo adecuado de medicamentos la no adherencia se clasifican en:

**“a) Primaria:** Cuando no se lleva la prescripción de la consulta o no la retiran de la farmacia.

**b) Secundaria:** Cuando se toma una dosis incorrecta, en horarios incorrectos, olvidos en el número de dosis o bien se aumenta la frecuencia de la dosis, o se deja el tratamiento antes de lo indicado por el médico”<sup>30</sup>.

La baja adherencia terapéutica es un fenómeno mundial que se presenta en los diferentes grupos etáreos, desde niños hasta ancianos y de preferencia en tratamientos de larga duración, esto genera graves consecuencias como: desequilibrios emocionales, complicaciones físicas psicosociales, reingresos hospitalarios, pérdida del control de la enfermedad y costos tanto para el sistema de salud, como para la familia, afectando a la población desde la perspectiva de la calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, la Organización Mundial de la Salud puso en ejecución en los años 90 una de las estrategias más exitosas del mundo: el Tratamiento de Observación Directa a Corto Plazo (DOTS) por sus siglas en inglés, entonces esto significa que los pacientes tienen que tomar su medicación diaria bajo la supervisión de un profesional de la salud. A pesar de la implementación del DOTS como una de las estrategias más importantes para detener la expansión y la farmacorresistencia de la TBC<sup>31</sup>, existen otros factores involucrados que pueden ir en contra de una óptima adherencia al tratamiento. En tal sentido y de manera general, la OMS clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia los cuales son:

**“a) Relacionados con el paciente:** Se incluyen aspectos demográficos como son la edad y el género, además del nivel de formación, el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento y la actitud hacia los mismos, la presencia de problemas psicológicos o los olvidos.

**b) Relacionados con la terapia:** Se incluyen la complejidad del tratamiento (cantidad de medicamentos por toma, el número de tomas por día, las restricciones y requisitos alimenticios y la posible dificultad asociada a la vía de administración), la presencia de efectos adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la aceptación y la flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración.

**c) Relacionados con el personal y el sistema sanitario:** Se incluyen, como barreras en la asistencia sanitaria, la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación y relación entre los profesionales y con el paciente y el seguimiento realizado.

**d) Relacionados con el estado de la enfermedad:** Se incluyen aspectos como la ausencia o presencia de síntomas, la severidad de la enfermedad, la mejoría clínica y la duración de la enfermedad.

e) **Factores socio-económicos:** Se incluyen cuestiones como son el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, el coste de la enfermedad o la situación laboral”<sup>32</sup>.

Se trata entonces de poner en marcha acciones con abordaje multidisciplinario. Por otro lado al igual que la definición de adherencia, existen múltiples métodos utilizados para medirla; la mayoría orientados a la parte farmacológica, dejando de lado el enfoque integral que involucra el cumplimiento de la dieta, ejercicio, citas programadas, entre otros. Por lo tanto, etiquetar a una persona como adherente o no adherente con el empleo de un método en particular, quizás no corresponda a la realidad de la persona, debido a que existen circunstancias que son temporales y por tanto modificables, es así que, hasta el momento, no se dispone de un patrón de oro que permita la evaluación exacta de este concepto.

Entre los métodos utilizados para medir adherencia se clasifican en directos e indirectos. Según Osterberg destacan:

“**Los métodos directos:** se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre. En cuanto a **los métodos indirectos** se hallan los cuestionarios de autoinforme de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS), medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños”<sup>28</sup>.

De igual forma la variable adherencia terapéutica puede ser medida con diferentes instrumentos que existen en nuestro medio y que han sido validados y aplicados en pacientes con patologías crónicas. Entre los más usados destacan el test de Haynes –Sackett y el test de Morisky-Green.

**El test de Haynes- Sackett**<sup>28</sup> también denominado de “cumplimiento autocomunicado”. Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta: La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el número de comprimidos indicados. Se

considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos mayor de 80% de los comprimidos prescritos.

**El test de Morisky Green**<sup>33</sup> es uno de los métodos más utilizados para evaluar el cumplimiento del tratamiento pautado, que aunque sencillo, es suficiente y aplicable a todos los pacientes. Éste consiste en la realización de 4 preguntas al paciente, las cuales son:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El test tiene respuestas dicotómicas y en todos los casos se debe responder “SI” o “NO”. Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan No/Si/No/No a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más preguntas. Este test es muy eficaz sobretodo en dos enfermedades crónicas muy frecuentes: pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Existen diversos modelos de adherencia terapéutica, es así que Ortiz y Ortega lo conceptualiza de la siguiente manera:

**“a) El modelo de creencias en salud:** Son características individuales perdurables que moldean a la conducta y que se adquieren mediante la socialización; no son fijas y pueden diferir aun en individuos con los mismos antecedentes.

**b) Locus de control en salud:** Se refiere a la creencia de las personas sobre que o quienes es responsable de lo que les ocurre, lo que se puede traducir en términos de si es uno mismo (locus de control interno) o son fuerzas externas las que controlan los resultados de la conducta (locus de control externo). Se considera que aquellos que creen que tiene el control sobre su salud realizarán más a menudo comportamientos que la promuevan y como resultado tendrán una mejor salud

**c) La teoría de la protección- motivación:** Este modelo propone las variables de motivación a la protección. Suponiendo que es la motivación la que dirige el proceso de afrontamiento conductual y es la que finalmente desencadena la conducta y se realizará gracias a la combinación de la eficacia (reducción de la amenaza como una medida preventiva) y autoeficacia (capacidad del individuo para tomar medidas de prevención), lo cual generará una perspectiva en la persona sobre los costos y beneficios de emprender la conducta.

**d) La teoría de la acción razonada:** Bajo la premisa de que el comportamiento de los sujetos es controlado de manera voluntaria, y que puede medirse a través de indicadores probabilísticos. Dentro de los

factores que evalúa se incluyen la actitud, el factor normativo o la norma subjetiva y las creencias sobre realizar la conducta.

**e) La teoría de la autoeficacia percibida:** Sugiere que cualquier cambio de conducta (ejemplo: volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada<sup>34</sup>.

Las enfermedades crónicas pueden forzar a muchos cambios en los estilos de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, o adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales.

Al tener una enfermedad crónica, es posible que en inicio la persona se sienta triste debido a que está enfrentando una enfermedad que podría acortar su vida, causarle dolor o impedirle que vaya a trabajar o que viva independientemente<sup>35</sup>, lo cual puede conducir a la persona a desarrollar un determinado nivel de depresión.

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

La TBC, está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de la enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgos no farmacológicos que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerbando alteraciones de la esfera mental, tales como: depresión y ansiedad contribuyendo al incumplimiento de la terapia. Es así que la OMS define a la depresión como:

“Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”<sup>36</sup>.

Otra definición es el dado por Zung creador del test autoaplicado de depresión y la define como:

“Un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda”<sup>37</sup>.

Asimismo Zung considera a factores que desempeñan un papel importante en este trastorno mental las cuales son: edad, naturaleza de la enfermedad, percepción de la imagen corporal, situación económica, bajos niveles de educación en salud y alta incidencia de analfabetismo.

La depresión puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, tales como lo menciona Zung:

**a) Síntomas somáticos:** Son aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas.

**b) Síntomas cognitivos:** Son aquellos que se manifiestan mediante la dificultad para concentrarse, incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos.

**c) Síntomas relacionados con el estado de ánimo:** Se caracteriza por experimentar una emoción dominante durante un cierto tiempo.

**d) Síntomas psicomotores:** Se caracteriza por la alteración de la respuesta motora adecuada en la interacción del individuo con experiencias afectivas y cognitivas”<sup>37</sup>.

En base a lo anteriormente mencionado y uno de los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento destaca la depresión la cual representa un grave problema de salud pública, cuyo impacto trasciende los límites de lo individual y lo familiar. Se estima que en las próximas décadas los costos sociales asociados a la misma se incrementen en forma significativa y que la carga mundial de morbilidad asociada será suficiente para hacerla aparecer en el listado de las patologías de mayor impacto global.

Según la OMS el cuadro de mortalidad y de enfermedad sufrirá un cambio radical en las próximas dos décadas, en efecto, de un quinto lugar en la actualidad, la depresión saltará a ocupar el segundo lugar, después de las enfermedades cardiovasculares y los desórdenes neurológicos, que van desde la depresión hasta la enfermedad de Alzheimer que hoy aflige a 300 millones de humanos en el mundo<sup>7</sup>.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10-2006), divide a la depresión en tres tipos: leve, moderada y grave, caracterizándose cada una de ellas con una sintomatología particular.

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

**Depresión moderada:** la persona tendrá dificultades para continuar con sus actividades diarias, síntomas como pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión, cambios de actividad psicomotriz con agitación, alteraciones del sueño de cualquier tipo, cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

**Depresión severa:** la persona presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, en algunos casos pueden aparecer síntomas psicóticos.”<sup>36</sup>.

La variable depresión cuenta con numerosos instrumentos validados y que han sido aplicados para determinar los niveles de depresión, dentro de los más usados se encuentran los que a continuación se enuncian:

**La Escala de Hamilton**<sup>38</sup>. Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

**Test Autoaplicado de Depresión de Zung**<sup>37</sup>. La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), fue desarrollada por el psiquiatra de la Universidad Duke William Zung en 1965 en los Estados Unidos, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en Perú (Conde y cols. 1970).

Esta escala se encuentra formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 punto (raramente o nunca) hasta 4 puntos (casi todo el tiempo o siempre).

**Cuestionario de Salud General de Goldberg<sup>39</sup>.** Este cuestionario fue creado en la época de los años 70 con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide la salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría.

**Test de Depresión de Beck<sup>40</sup>.** Es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Es uno de los cuestionarios más utilizados dentro del campo de la psicología a la hora de medir la severidad de la depresión

Finalmente, el tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Así como el cumplimiento de las indicaciones de seguimiento. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad, buen estado de ánimo, y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular.

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación que existe entre adherencia al tratamiento y la depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018?

#### **1.5. Justificación del estudio**

La investigación se justifica porque intenta llenar vacíos de conocimientos relacionados a las dos variables, ya que en la actualidad no existen muchos estudios sobre la relación que existe entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con TBC en el Perú, considerando que la TBC es un problema de salud pública y la resistencia a los fármacos antituberculosis es una realidad en la que el Estado realiza esfuerzos económicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y es causa importante de muerte.

En el enfoque práctico, la información generada contribuirá a establecer estrategias de detección e intervención precoz, de acuerdo a los niveles de depresión que afectan a los enfermos con TBC, además con los resultados de la investigación, se pretende que el profesional de enfermería adopte las estrategias para que una vez identificado el problema, realice acciones de coordinación con otras disciplinas y se ofrezca ayuda psicológica al paciente, también es el encargado de involucrar a la familia, quien debe brindar el apoyo necesario para que el paciente culmine su tratamiento y logre el restablecimiento de su salud. Es preciso resaltar la importancia de los recursos que genera la familia con un integrante depresivo el papel que desempeña la relación profesional – familia – paciente y la necesidad del proceso psicoeducativo como herramienta fundamental en la generación de conciencia de la naturaleza de la enfermedad, además de emprenderse acciones para hacer de su conocimiento extensivo acerca de la patología del ser querido dentro del círculo social para así fomentar la inclusión y evitar el estigma.

En cuanto al aporte a la profesión de Enfermería, el estudio permitirá al profesional de Enfermería, dinamizar los procesos de atención enmarcados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la Tuberculosis,

orientado a brindar una atención integral e individualizada dirigida al paciente, familia y comunidad.

Además el estudio intenta servir como un marco de referencia para futuras investigaciones con diferente diseño metodológico como utilizar un enfoque cualitativo, así como para motivar a utilizar instrumentos validados en otros contextos y que no son muy empleados en nuestro medio.

## **1.6 Hipótesis General**

Existe dependencia entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.

### **1.7.2. Objetivo Específicos**

- 1.** Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec- Ventanilla, 2018.
- 2.** Identificar la adherencia al tratamiento, según sexo en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.
- 3.** Identificar los niveles de depresión, según sexo en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Tipo y nivel de investigación de estudio.**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo puesto que se realizó la obtención de datos en forma numérica la misma que fue tratada con métodos estadísticos.

El estudio fue de tipo correlacional ya que se estableció la relación entre la variable depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

El estudio fue prospectivo y de corte transversal ya que la información se recogió a medida que sucedieron los hechos en un momento determinado.

### **2.2. Diseño de investigación.**

Se trató de un diseño de tipo no experimental ya que no se manipuló las variables.

### **2.3. Variables**

- Adherencia al Tratamiento.
- Depresión.

### **2.4. Operacionalización de las variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES E INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1- Adherencia al tratamiento	La adherencia terapéutica o cumplimiento ha sido definida como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario	<p>La adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis es el nivel de cumplimiento en relación con la toma de medicamentos, la pauta posológica, el plazo prescrito así como ejecutar cambios de estilos de vida.</p> <p>El instrumento consta de 16 ítems que considera 3 dimensiones: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, autoeficacia y seguimiento médico conductual, cuyo valor final será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente no Adherente &lt; 24 puntos.</li> <li>- Paciente Adherente 25-32 puntos.</li> </ul>	<p>✓ <b>Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos:</b> Son medidas destinadas a la adecuada toma de medicamentos y alimentos siguiendo las instrucciones del personal sanitario.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de horario para la toma de medicamentos. (ítem 1 y 14)</li> <li>• Ingesta de dieta rigurosa. (ítem 3)</li> <li>• Cumplimiento de las indicaciones de la enfermera-médico. (ítem 4)</li> <li>• Relación profesional de la salud-paciente. (ítem 5)</li> </ul> <p>✓ <b>Seguimiento médico conductual:</b> Evalúa la medida en la que el paciente practica comportamientos efectivos de cuidado de salud a largo plazo.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento en la realización de los análisis clínicos. (ítem 6 y 10)</li> <li>• Asistencia puntual a consultas. (ítem 7)</li> <li>• Cumplimiento de las recomendaciones de la enfermera-médico (ítem 8)</li> <li>• Discriminación como barrera del tratamiento. (ítem 9)</li> <li>• Desaparición de síntomas y el riesgo de abandonar el tratamiento. (ítem 11)</li> </ul> <p>✓ <b>Autoeficacia:</b> Evalúa la medida en la que el sujeto cree que lo que hace beneficia su salud.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apego al tratamiento. (ítem 12)</li> </ul>	Escala Nominal

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Barreras que dificultad la asistencia al establecimiento de salud para la toma de la medicación. (ítem 13)</li><li>• Percepción de la evolución de la salud. (item2)</li><li>• Apoyo familiar. (item15)</li><li>• Complejidad del tratamiento. (item16)</li></ul>	
--	--	--	---	--

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES E INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
2.- Depresión	Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	<p>Grado de tristeza que siente el paciente con diagnóstico de TBC, la cual se mide mediante el Test Autoaplicado de Depresión de Zung.</p> <p>El instrumento consta de 20 ítems que considera 4 dimensiones: síntomas somáticos, síntomas cognitivos, estado de ánimo y síntomas psicomotores, cuyo valor final será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No depresión &lt;50 puntos.</li> <li>• Depresión leve 50-59 puntos.</li> <li>• Depresión moderada 60-69 puntos.</li> <li>• Depresión severa &gt; 70 puntos.</li> </ul>	<p>✓ <b>Síntomas somáticos:</b> Son aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza (item1)</li> <li>• Oscilación de sentimiento (item2)</li> <li>• Llanto (item3)</li> <li>• Sueño (item4)</li> <li>• Variaciones de apetito (item5)</li> <li>• Pérdida de interés por el sexo (item6)</li> <li>• Imagen corporal (item7)</li> <li>• Estreñimiento (item8)</li> </ul> <p>✓ <b>Síntomas cognitivos:</b> Son aquellos que se manifiestan mediante la dificultad para concentrarse, incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y de olvidos.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpitaciones (item9)</li> <li>• Cansancio (ítem 10)</li> <li>• Pesimismo (ítem 11)</li> <li>• Preocupación (item12)</li> <li>• Agitación (item13)</li> <li>• Pérdida de la confianza (item14)</li> <li>• Irritabilidad (ítem 15)</li> <li>• Toma de decisiones (ítem 16)</li> </ul>	Escala ordinal

			<p>✓ <b>Estado de ánimo:</b> Se caracterizan por experimentar una emoción dominante durante un cierto tiempo.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de inutilidad (ítem 17)</li> <li>• Plenitud para vivir (ítem 18)</li> </ul> <p>✓ <b>Síntomas psicomotores:</b> Es la alteración de la respuesta motora adecuada en la interacción del individuo con experiencias afectivas y cognitivas.</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de muerte (ítem 19)</li> <li>• Pérdida de interés (ítem 20)</li> </ul>	
--	--	--	---	--

## 2.5. Población

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que asistieron a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de los centros de salud de la Microred Pachacutec: Centro de salud 3 de Febrero, Centro Materno Infantil Perú-Corea y Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec en total constituyeron 70 pacientes. Al ser una población pequeña se trabajó con todos los pacientes.

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión a la población sujeto de estudio, constituyen finalmente 40 pacientes con diagnóstico de tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla (tabla 1).

**Tabla 1.** Centros de salud que conforman la Microred Pachacutec-Ventanilla.

Centros de salud	Nºde pacientes con TBC
Centro de salud 3 de Febrero	13
Centro Materno Infantil Perú-Corea	19
Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec	8
<b>TOTAL</b>	40

### 2.5.1 Unidad de análisis

Lo conformó cada paciente con diagnóstico de tuberculosis que asistió a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de los centros de salud de la Microred Pachacutec - Ventanilla: Centro de salud 3 de Febrero, Centro Materno Infantil Perú-Corea y Centro de Salud Santa Rosa de Pachacutec.

### 2.5.2 Criterios de selección

#### 2.5.2.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- ✓ Pacientes cuyo rango de edad oscile entre 18 y 60 años y de ambos sexos.
- ✓ Pacientes en esquema de tratamiento de fases I y II y más de un mes de tratamiento.

### **2.5.1.2 Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes con TBC-MDR y TBC- XDR.
- ✓ Pacientes con comorbilidades (VIH, Diabetes Mellitus).

## **2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La técnica para la recolección de la información fue la encuesta. Los instrumentos que se utilizaron fueron dos según las variables de estudio: el Test Autoaplicado de Depresión de Zung y el Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis éste último elaborado por la investigadora.

### **2.6.1. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis**

Para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis se elaboró el cuestionario de Adherencia al tratamiento en pacientes con TBC, puesto que a criterio de la investigadora, los instrumentos existentes en el medio no consideran todas las dimensiones de la adherencia terapéutica definidas por la OMS para pacientes con tuberculosis.

Para la elaboración de este instrumento se tuvo como base la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) de Enfermedades Crónicas<sup>41</sup> (14 ítems). Se incluyó un reactivo del Test de Morisky Green<sup>33</sup> y 1 ítem fue tomado del Cuestionario Adherencia Terapéutica para Mujeres con VIH/Sida<sup>43</sup>

El Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en pacientes con tuberculosis tiene 16 ítems, cada ítem se responde teniendo en cuenta una escala de tipo Likert de cuatro valores (rango del 1 a 4). El cuestionario considera 3 dimensiones: control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos 5 ítems (ítem 1,14,3,4,5), seguimiento médico conductual 6 ítems (ítem 6,7,8,9,10,11) y autoeficacia 5 ítems (ítem 12,13,2,15,16). (Anexo 1).

### **2.6.1.1. Validez del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis.**

El cuestionario Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis fue sometido a validez de contenido por juicio de expertos (Anexo 9) el cual estuvo conformado por 10 profesionales: 4 licenciados en enfermería encargados de la Estrategia Sanitaria sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT), 4 médicos de la misma Estrategia Sanitaria y 2 docentes expertas en metodología de la investigación. La opinión de los expertos permitió mejorar la adecuación de algunos ítems (ítem 5, 15, 13,11) a fin de adaptarlos culturalmente a la población sujeto de estudio. La validez se determinó mediante el cálculo del Coeficiente de V de Aiken<sup>42</sup>. (Anexo 5).

### **2.6.1.2. Confiabilidad del Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis.**

Para determinar la confiabilidad del Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Se realizó una prueba piloto a 10 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de Tuberculosis del Centro de Salud “Bahía Blanca”- Ventanilla cuyas características sociodemográfica son similares a la población sujeto de estudio. Ésta prueba permitió determinar el grado de dificultad en la comprensión de los ítems (12,14) los mismos que fueron mejorados para mejorar su comprensión. Se efectuó una segunda prueba piloto a 10 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del Centro de Salud “Cuidad Pachacutec”- Ventanilla. La confiabilidad se determinó mediante el cálculo del Coeficiente

Alpha de Conbach cuyo resultado fue de 0.88 lo cual indica un nivel de confiabilidad bueno.<sup>44</sup> (Anexo 6).

## **2.6.2 Test Autoaplicado de Depresión de Zung**

El test Autoaplicado de Depresión de Zung, fue desarrollado por el psiquiatra de la Universidad Duke William Zung en 1965 en los Estados Unidos. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ésta da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en Perú (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión<sup>37</sup>

El test Autoaplicado de Depresión de Zung está compuesto por 20 ítems y consta de las siguientes dimensiones: síntomas somáticos 8 ítems (ítem 1-8), síntomas cognitivos 8 ítems (ítem 9-16), estado de ánimo 2 ítems (ítem 17 y 18) y síntomas psicomotores 2 ítems (ítem 19 y 20). Cada ítem se responde teniendo en cuenta una escala de tipo Likert de cuatro valores (rango de 1 a 4 que hace referencia a la frecuencia de presentación de síntomas). Los sujetos deben contestar últimamente con qué frecuencia ha sentido los síntomas. (Anexo 2).

### **2.6.2.1 Validez del Test Autoaplicado de Depresión de Zung**

El test de Zung fue sometido a validez de constructo a través de análisis factorial (método de componentes principales con rotación de varimax). Fue validado por un equipo de terapia psicológica, en México en el año 2007 en un grupo de 62 pacientes con diagnóstico de VIH de 18 a 65 años, la elección del test de Zung tuvo que ver con su formato de preguntas y su sencillez para ser respondida y evaluada<sup>43</sup>.

En el Perú este instrumento fue validado por Yactayo L., mediante la investigación “Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del centro de salud José Leonardo Ortiz,

Chiclayo, 2015”, el test fue sometido a juicio de expertos para obtener la validez de contenido<sup>12</sup>.

### **2.6.2.2 Confiabilidad del Test Autoaplicado de Depresión de Zung**

La confiabilidad del Test de Zung fue realizada en México en el año 2007<sup>37</sup>, cuyo valor del coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0.887 lo cual indica un nivel bueno<sup>44</sup> de confiabilidad del instrumento.

La confiabilidad del instrumento en Perú fue realizada por Yactayo L., mediante una prueba piloto de 20 pacientes con el diagnóstico de Tuberculosis. La aplicación de esta prueba permitió evaluar la redacción de los reactivos, comprensión, practicidad y tiempo de aplicación del instrumento; así como también proporcionó las bases necesarias para la prueba de confiabilidad. Se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach que fue el valor de 0.81 lo cual indica un nivel bueno<sup>44</sup> de confiabilidad del instrumento.

## **2.7. Proceso de recolección de datos**

El trabajo de campo del cual da cuenta la investigación se realizó durante los meses de Agosto y Septiembre del 2018. Previo a ellos se realizaron los procesos administrativos correspondientes con las autoridades de los centros de salud participantes del estudio.

- a. Una vez seleccionados los tres centros de salud que participarían en la investigación, se envió una carta de presentación emitida por la Universidad César Vallejo a los médicos (as) jefes de cada Centro de Salud de la Microred Pachacutec-Ventanilla. Se les hizo de conocimiento los objetivos, metodología, duración de la investigación, además se les entregó los instrumentos de recolección de datos: Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento y Test Autoaplicado de Depresión de Zung.

- b. Las autoridades de cada Centro de Salud quienes otorgaron la autorización para la ejecución del estudio (Anexo 7)
- c. Una vez obtenida las autorizaciones se coordinó con las licenciadas de enfermería, médico y personal técnico responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis para que brinden las facilidades para ejecutar el estudio posterior a ello se revisó a cada una de las tarjetas de control de cada paciente con el fin de aplicar los criterios de selección y tener identificados a los pacientes a encuestar.
- d. Para la recolección de la información se acudió a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis de cada Centro de Salud en el turno mañana, se esperó la llegada de cada paciente, se le identificó y se le explicó los objetivos de la investigación, la metodología de trabajo, el tiempo de duración, el carácter anónimo y finalmente se pidió su participación firmando el consentimiento informado en señal de su aprobación.
- e. Para el desarrollo de la encuesta se distribuyó en la sala de espera a cada paciente, en primer lugar el Cuestionario de Adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis, para lo cual el tiempo de espera fue de 10 minutos, una vez terminada de responder el Cuestionario antes mencionado. Se les entregó el Test Autoaplicado de Depresión de Zung en todo momento se estuvo a la expectativa ante cualquier duda en relación con los ítems.

## **2.8. Métodos de análisis de datos**

El tratamiento estadístico de la información se realizó con la ayuda del software SPSS v23 para Windows. Se elaboró una base de datos y se ingresó la información para lo cual previamente se revisó cada instrumento a fin de garantizar la calidad de la información recolectada. Se aplicó estadística descriptiva con las medidas de tendencia central: media, moda, desviación estándar, mínimo, máximo. Se aplicó estadística inferencial para determinar la

relación entre las variables de estudio las mismas que fueron presentados en gráficos y tablas para la interpretación y análisis.

Para medir la variable Adherencia al Tratamiento se consideró en función de la sumatoria de cada uno de los ítems un puntaje que va desde 0 a 32 puntos. Considerándose adherente aquel paciente que tuvo más del 80% de respuestas (> 25 puntos) y no adherente aquel paciente que obtuvo menos del 80% (< 24 puntos) Previamente se cambiaron los ítems redactados en sentido negativo a positivo.

Para medir la variable depresión primero se cambiaron los ítems redactados en sentido negativo a positivo, seguido se realizó la sumatoria total de los puntajes dados por los encuestados. Se creó otra variables concerniente a la clasificación de depresión: no depresión de <50 puntos, depresión leve de 50 - 59 punto, depresión moderada de 60-69 puntos y depresión severa de 70-80 puntos<sup>37</sup>.

## **2.9. Aspectos éticos**

En el presente estudio se respetó los 4 principios bioéticos como autonomía; pues los pacientes participaron de forma voluntaria en el estudio, sin ser obligados, mediante el consentimiento informado (Anexo 3). Justicia; pues todos tuvieron la posibilidad de participar considerando los criterios de inclusión. Beneficencia; se aseguró que los individuos participen en la investigación propuesta sin vulnerar sus valores, intereses y preferencias, finalmente el principio de no maleficencia, el estudio no tuvo implicancias físicas ni mentales de los pacientes. Además se respetó la identidad de los participantes mediante la confiabilidad y el anonimato de los datos recabados.

### III. RESULTADOS

En base a una población constituida por 40 pacientes que asisten al Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis de la Microred Pachacutec - Ventanilla, a continuación se presentan los hallazgos del estudio. En primer lugar se muestran las variables sociodemográficas.

**Tabla 2: Características socio demográficas de pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla,2018**

Variables	f	%
n=40		
<b>Sexo</b>		
Femenino	16	40
Masculino	24	60
<b>Edad (años)</b>		
18 a 40 años	36	90
41 a 60 años	4	10
Mínimo	18	
Máximo	57	
Media	27.08	
Desv. Stand	10.15	
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	15	37.5
Secundaria	16	40
Técnico	6	15
Universitario	3	7.5
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	23	57.5
Casado/a	4	10
Separado/a	6	15
Viudo/a	1	2.5
Conviviente	6	15
<b>Lugar de procedencia</b>		
Costa	15	37.5
Sierra	16	40
Selva	9	22.5
<b>Ocupación</b>		
Independiente	7	17.5
Empleado	9	22.5
No trabaja	24	60
<b>Fases del tratamiento</b>		
Primera fase	26	85
Segunda fase	14	15

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis; 2018.

Como se observa en la tabla 1 el promedio de edad de la población sujeto de estudio es de 27 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 57 años de edad. El grupo de edad que predomina es el que corresponde a 18-40 años. El 60% de pacientes pertenecen al sexo masculino, en lo que concierne al grado de instrucción el 77.5% de pacientes tienen estudios de nivel primario y secundario, en relación al estado civil el 57.5% es soltero/a; en cuanto al lugar de procedencia el 40% procede de la costa, en relación a la ocupación el 60% no trabaja. Asimismo tenemos que el 85% de pacientes se encuentra en primera fase de tratamiento.

### 3.1 Análisis descriptivo

A continuación se presentan los hallazgos de Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis, según sexo dando respuesta a los objetivos específicos.

**Tabla 3: Distribución porcentual sobre adherencia al tratamiento y sexo en pacientes con tuberculosis de la Microrred Pachacutec-Ventanilla, 2018.**

Adherencia al tratamiento	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
No adherente	7	17.50	6	15	13	32.5
Adherente	17	42.50	10	25	27	67.5
Total	24	60	16	40	40	100

Fuente: Cuestionario sobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microrred Pachacutec-Ventanilla; 2018.

Como se observa en la tabla 3 tenemos que el 67.5% de pacientes con diagnóstico de tuberculosis fueron adherentes al tratamiento, de ellos el 42.5% corresponden al sexo masculino y el 25% de pacientes corresponden al sexo femenino.

**Tabla 4: Distribución porcentual sobre adherencia al tratamiento, según dimensiones en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.**

Adherencia al tratamiento	Control sobre ingesta de medicamentos y alimentos		Seguimiento médico-conductual		Autoeficacia	
	f	%	f	%	f	%
Adherente	40	100	39	97.5	31	77.5
No adherente	0	0	1	2.5	9	22.5
Total	40	100	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario sobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla; 2018.

Como se observa en la tabla 4 tenemos que el 40% de pacientes con diagnóstico de tuberculosis son adherentes en cuanto a la dimensión control sobre ingesta de medicamentos y alimentos, mientras que un 39% de pacientes son adherentes en cuanto a la dimensión seguimiento médico conductual, y un 31% de pacientes son adherentes según la dimensión autoeficacia.

**Tabla 5: Distribución porcentual sobre depresión y sexo en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.**

Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	F	%	f	%	f	%
No depresión	13	32.5	9	22.5	22	55
Depresión leve	7	17.5	7	17.5	14	35
Depresión moderada	4	10	0	0	4	10
Total	24	60	16	40	40	100

Fuente: Cuestionario sobre depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla; 2018.

Como se observa en la tabla 5 tenemos que el 55% de pacientes con diagnóstico de tuberculosis no presentan depresión, de ellos el 32.5% corresponden al sexo masculino y el 22.5% de pacientes corresponden al sexo femenino.

### 3.2 Análisis inferencial:

Con este análisis demostraremos si existe evidencia o no para aceptar la hipótesis general planteada.

#### Hipótesis de investigación

“Existe relación entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018”.

#### Prueba de hipótesis

$H_0$  = Las variables Adherencia al tratamiento y Depresión son independientes.

$H_A$  = Las variable Adherencia al tratamiento y Depresión son dependientes.

#### Prueba estadística:

Ji cuadrado de Pearson

#### Regla de decisión:

Si  $p < 0.05$  se rechaza la  $H_0$

**Tabla 6: Prueba de independencia ji cuadrado de Pearson**

	Valor	Df	Significación asintótica(bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,317 <sup>a</sup>	2	,115
Razón de verosimilitud	4,116	2	,128
Asociación lineal por lineal	3,680	1	,055
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es de 1.30.

#### Regla de decisión:

Dado que el valor de  $p > \alpha$  (0.05) se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_A$ . Por lo tanto podemos concluir que existe evidencia para aceptar que las variables Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis son independientes.

#### IV. DISCUSIÓN

La Tuberculosis es un grave problema de salud pública, una de las enfermedades que generan gran deterioro físico en el ser humano, asimismo se ha apreciado que también ha originado un desequilibrio en cuanto a la esfera psicológica para quienes la padecen, ya que el hombre es un ser complejo, social por naturaleza, pues se encuentra propenso a la estigmatización, aislamiento y discriminación. En nuestro país la tuberculosis es una enfermedad social por excelencia, multifactorial y está vinculada estrechamente a la pobreza, hacinamiento, desnutrición, hambre y demás determinantes sociales, culturales, demográficos y ambientales<sup>45</sup>. Esto conlleva a que esta enfermedad se encuentre latente en nuestro medio, dado que somos un país en vías de desarrollo.

Referente a los hallazgos que se evidencian en esta investigación tenemos que respecto a las variables sociodemográficas como se observa en la tabla 2 hay un mayor porcentaje de personas con tuberculosis pulmonar que son del sexo masculino (60%), en comparación con el sexo femenino (40%) cifras que revelan un alto porcentaje de prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino. Esto corrobora datos del perfil epidemiológico de esta patología en nuestro país, ya que las personas más propensas para adquirir esta enfermedad son personas del sexo masculino, asimismo los resultados coinciden con lo reportado por la OMS en el año 2016 a nivel mundial hay más varones que mujeres que padecen tuberculosis y que mueren a causa de ella<sup>46</sup>. Estos resultados se asemejan a los de Iparraguirre<sup>14</sup> quien en la investigación realizada en el año 2016 en Trujillo el 64% de encuestados fueron de sexo masculino y el 36% fueron de sexo femenino. Según Pauro y Parillo, el sexo es una variable que se relaciona con la prevalencia de tuberculosis, esto se podría explicar dado que los ambos sexos, pero en su mayoría el sexo masculino se encuentra constantemente expuesto a factores de riesgo en el trabajo u otros escenarios. Es así que se corrobora una vez más el perfil epidemiológico que impera en nuestro país.

Nuestros hallazgos encontraron que la edad promedio de nuestra población sujeto de estudio fue de 27 años encontrándose un 90% de pacientes con tuberculosis en el rango de edad comprendido entre 18 a 40 años (Véase tabla 2), es decir la mayor proporción de pacientes estudiados se encuentran en la etapa adulta temprana. Esto

podría explicarse dado en la etapa adulta temprana la persona tiende a relacionarse con diferentes personas, lo cual constituye un riesgo mayor de contagio, así mismo se desarrolla personal y profesionalmente y según la OMS considera a esta etapa como la población económicamente activa, asimismo las relaciones interpersonales en esta etapa son inherentes convirtiendo a éstos en escenarios propicios para contagiar la enfermedad, de ahí que se instauran las prácticas de aislamiento, discriminación y de exclusión hacia la persona que padece esta enfermedad. Así mismo menciona que los grupos de edades más afectados son las personas cuyos rangos de edad oscilan de 15 y 54 años de edad.

Los resultados de nuestra investigación difieren de lo encontrado por Meza W, Peralta A, Quispe F. y Cáceres F en Ica en el año 2017. Los autores de esta investigación encontraron una media de 18 años cuyos rangos de edad fueron de 1 año y 74 años de edad. Según González<sup>48</sup> explica que a partir de la edad adulta temprana, el organismo empieza a disminuir sus defensas, haciéndose más sensible a adquirir este tipo de enfermedades infecciosas.

En lo que concierne al grado de instrucción tenemos que el 38% de las personas que tienen tuberculosis han estudiado el nivel primario, el 40% ha estudiado hasta el nivel secundario, es decir que el 78% de pacientes con tuberculosis tienen solo estudios de educación básicos. Esto se podría explicar dado que la población de Pachacutec es un Asentamiento Humano relativamente joven y que en su mayoría está conformado por personas migrantes con bajo nivel educativo y socioeconómico y por ende con conocimientos limitados sobre tuberculosis, esta variable sumando al nivel de instrucción constituye un alto riesgo de contagio de la enfermedad, dado que el bacilo de Koch se desarrolla en zonas precarias en donde las condiciones básicas de saneamiento ambiental son deficientes, así mismo predomina el hacinamiento.

Los hallazgos de nuestra investigación difieren de los resultados dado por Iparraquirre<sup>14</sup> en el año 2016 en el distrito de Porvenir-Trujillo este autor encontró que el 91% de pacientes tuvieron estudios de educación básica esto se puede atribuir dado que las mismas personas de esta comunidad optan o prefieren dedicarse al negocio y no continúan con estudios superiores. En este sentido podemos asegurar lo que refiere Fiestas<sup>49</sup> que a medida que aumenta el grado de instrucción, las medidas de autocuidado

son mejores, así mismo señala que la salud es influenciada por el grado de instrucción ya que el individuo al tener conocimientos tiene más precaución y satisfacen mejor sus necesidades.

En la tabla 3 en cuanto al nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018 el 67.5% de los pacientes son adherentes al tratamiento y tan solo el 32.5% de los pacientes no son adherentes. Esto se podría explicar que probablemente las personas hoy en día tienen más acceso a la información debido a la difusión masiva de temas relacionados a la promoción de la salud por los diferentes medios de comunicación, actualmente ésta enfermedad ya no es percibida como sinónimo de muerte, al contrario se tiene el concepto de que si se cumple con el tratamiento y todas las indicaciones del personal sanitario es curable. Por ende la población está más informada sobre las medidas preventivas, tratamiento de la TBC. Asimismo son personas jóvenes, que se encuentran en la etapa más productiva de la vida, algunos de ellos son jefes de hogar y probablemente están mucho más concientizados de que tienen que cumplir el tratamiento para poder curarse, por consiguiente la motivación intrínseca y la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado son factores importantes en la adherencia al tratamiento. Por otra parte la adherencia puede vincularse con la eficacia de la asistencia sanitaria, ya que existe un equipo de asistencia de salud básico específico para la ENS-PCT el cual desempeña un papel importante en cuanto a la adherencia terapéutica que realiza seguimiento mediante las visitas domiciliarias programadas, así mismo los pacientes con el diagnóstico de TBC cuentan con redes de apoyo la cual se hace efectiva mediante la entrega de víveres, por otro lado el tratamiento farmacológico es provisto de forma gratuita. Todos estos son factores predictores positivos en el tema de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis.

En la tabla 3 en cuanto al nivel de adherencia en pacientes con tuberculosis según sexo se encontró que los varones son más adherentes (43%) versus las mujeres (25%), esto podría explicarse dado que considerando que son personas que se encuentran en la etapa adulta y más productiva de la vida, son responsables de familias y son conscientes que tienen que curarse para poder reincorporarse al trabajo, asimismo podrían tener hijos o familiares pequeños y pues aumenta el temor de contagio de

manera que están concientizados sobre la importancia de cumplir con todo el régimen terapéutico.

Los hallazgos de nuestra investigación difieren de investigaciones internacionales, Garnica y Paz<sup>18</sup> en el año 2014 en Bolivia obtuvieron que el 54% de los pacientes con tuberculosis fueron adherentes a tratamiento, mientras que el 46% no fueron adherentes. Es decir nuestro país se encuentra mucho mejor en cuanto al manejo de adherencia al tratamiento, probablemente el manejo de la ESN-PCT este mejor encaminada y enfocada en el cumplimiento del tratamiento. De igual forma los resultados de Meza W, Peralta A, Quispe F y Cáceres F. en el año 2017 en Ica. Los hallazgos mostraron que el 57.7% de pacientes son adherentes y el 42.3% de pacientes no son adherentes, estos resultados no son comparables dado que la medición de la variable adherencia al tratamiento fue de manera diferente y solamente enfocándose en el tratamiento farmacológico a través del Test de Morisky Green, podríamos decir que los pacientes podrían estar concientizados ya que la población sujeto de estudio tuvo una mediana de 28 años, siendo la edad más frecuente de 22 años.

En el caso de la TBC que es una enfermedad altamente infectocontagiosa se espera que todos los pacientes sean adherentes y al haber un porcentaje de pacientes no adherentes (33%) representa un riesgo de diseminación del agente causal, resistencia farmacológica, deterioro físico y psicológico. Por otro lado se podría explicar dado que la mayoría son solteros (58%) y quizá no cuenten con el apoyo familiar necesario, ya que muchas veces son jóvenes que han migrado a la capital y se encuentran solos.

Como se observa en la tabla 4 el 9% de pacientes con diagnóstico de tuberculosis no son adherente según la dimensión autoeficacia, esto se podría explicar dado que según los modelos de adherencia y en especial el de cogniciones y afectos menciona que la adopción y continuación de conductas promotoras y protectoras de salud se da mediante el compromiso e inicio de un plan de acción y pues esta varía de una persona a otra y se dirige al logro de los resultados de salud positivos, y es se podría corroborar ya que un 55% de pacientes siempre y casi siempre la familia o amigos tienen que hacerle recordar para que siga el tratamiento, así mismo un 60% de pacientes siempre y casi siempre prefiere no asistir al centro de salud para tomar sus medicamentos cuando tiene mucho trabajo o muchas cosas que hacer. Por otro lado vemos que en la dimensión seguimiento médico conductual el 1% de pacientes nos son adherentes, esto

se podría explicar dado más de la mitad (60%) de pacientes indica que se han sentido discriminados ya sea en su familia, trabajo o en otro lugar y eso ha dificultado el tratamiento, esto a su vez podría atribuirse dado que la mayoría de pacientes se encuentra en la etapa adulta temprana en donde las relaciones interpersonales son inherentes, así mismo es considerado por la OMS como la PEA y es en estos ambientes donde se instauran las prácticas de aislamiento, discriminación y exclusión hacia el paciente.

En la tabla 5 se observa los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018, tenemos que los hallazgos muestran que el 55% de los pacientes bajo estudio no presentaron depresión, esto podría atribuirse a que la población sujeto de estudio es relativamente joven y ven a la vida de distinta manera, asimismo podría deberse a que la mayoría son jóvenes los que padecen de la enfermedad y pues tienen mayor acceso a la información donde se puede evidenciar que la tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable si se cumple con el régimen terapéutico y se sigue con las indicaciones.

Referencia a la depresión según sexo los resultados muestran que el 33% de pacientes del sexo masculino no presentan depresión, esto podría explicarse dado que en la actualidad existe accesibilidad a la información y asociado a la intervención del sector salud en aras de reducir el porcentaje de personas con tuberculosis, ya no es conceptualizada como muerte segura, sino que es una enfermedad curable y prevenible.

Investigaciones diferentes a nuestro estudio tenemos el de Córdova en Puno en el año 2015 en los resultados indicaron que el 32.3% de los pacientes no presentaron depresión, el 29.0% de los pacientes presentaron depresión leve, el 25.8% de los pacientes presentaron depresión moderada y el 12.9% de los pacientes presentaron depresión grave. Esto podría atribuirse dado que en Puno los enfermos migran del campo a la ciudad y se encuentran con estilo de vida muy diferente al de su origen, exponiéndose a cambios de estilos de vida lo cual influye en la esfera psicológica.

Como se puede apreciar en la tabla 8 el 60% de pacientes con diagnóstico de tuberculosis se sienten triste y decaídos siempre y casi siempre, así mismo un 77.5%

de pacientes no tienen ganas de vivir y un 65% de pacientes ya no le gusta hacer las mismas cosas que antes, pues estos síntomas son clásicos de una persona con depresión. En efecto el Programa de Salud Mental encaminado por el Ministerio de la Salud hace mención que la tuberculosis se asocia a trastornos psicológicos<sup>7</sup>.

Los resultados presentados en la tabla 6 nos permiten determinar que la hipótesis general planteada en nuestra investigación se rechaza dado entre la variable Adherencia al Tratamiento y Depresión ( $p > \alpha$ ). Es decir probablemente no existe evidencia para aceptar que la Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec- Ventanilla estén relacionadas.

La búsqueda bibliográfica realizada en la literatura internacional tal es el caso de la investigación realizada por Theron G. et al.<sup>19</sup> encontraron resultados diferentes, es así que ellos mostraron en los hallazgos la relación significativa que existe entre las variables estudiadas ( $p=0.0417$ ), este resultado podría atribuirse a la comorbilidad de los pacientes, ya que un 60% tenía VIH lo cual aumenta la incidencia de trastornos depresivos y más de la mitad (80%), refirieron tener conductas sociales de riesgo como: fumar y beber alcohol, es así que el consumo excesivo de alcohol se asocia con un aumento de la angustia psicológica. Asimismo nuestros hallazgos se diferencian a los de Morales H<sup>11</sup>. en Perú en el año 2015, ya que encontraron relación entre la depresión y adherencia al tratamiento antituberculosis ( $p < 0,05$ ) esto se puede atribuir, dado que la población sujeto de estudio fueron pacientes con diagnóstico de TBC-MDR lo cual aumenta el nivel de depresión ya que se vincula al tiempo de duración de la enfermedad, asimismo la variable ocupación de esta población predominó con un 47% que los pacientes ejercían trabajo dependiente lo cual las relaciones interpersonales en el trabajo son inherentes, del mismo modo representa este contexto un riesgo de aislamiento, discriminación, estigma social para el paciente con TBC constituyendo éstos factores predisponentes para la aparición de síntomas depresivos.

## V. CONCLUSIONES

1. Estadísticamente, no existe evidencia para aceptar que la Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec - Ventanilla sean dependientes. Por lo tanto la hipótesis general planteada en esta investigación se rechaza.
2. En lo concerniente a las características sociodemográficas tenemos que el promedio de edad de la población sujeto de estudio es de 27 años, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 57 años de edad. El grupo de edad que predomina es el que corresponde a 18-40 años. Así mismo más de la mitad de pacientes pertenecen al sexo masculino, en cuanto al grado de instrucción más de la mitad de pacientes tienen estudios de educación básica, en relación a la ocupación más de la mitad no trabaja.
3. En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018. Se concluye que el sexo masculino es más adherente que el sexo femenino.
4. En cuanto a los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018. Se puede concluir que aproximadamente la tercera parte de los pacientes correspondientes al sexo masculino no presentan depresión.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda fortalecer el trabajo interdisciplinario entre el personal de enfermería, médico, psicólogo, asistente social y nutricionista de manera que el paciente sea abordado de forma integral e indagar sobre los motivos por los cuales los pacientes no asisten de manera puntual a tomar el tratamiento y no cumplen con los exámenes que se necesitan. Con el fin de incrementar el porcentaje de pacientes adherentes.
- Se recomienda a los jefes de los centros de salud realizar las gestiones correspondientes para la dotación de personal de enfermería exclusivo para la ESN-PCT, con el fin de que se realice un monitoreo más permanente de las actividades de la estrategia, ya que muchas veces la ESN-PCT en los puestos de salud está a cargo del personal técnico de enfermería.
- Se sugiere accesibilidad de horarios, para poder cubrir en su totalidad a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Se recomienda no solo orientación psicológica al paciente con TBC, sino también a su familia ya que su apoyo hará que el paciente se involucre mejor con su enfermedad y desea una pronta curación, por lo cual hará que el paciente se encuentre de mejor estado de ánimo y pueda adherirse mejor a su tratamiento.
- Realizar investigaciones con diferentes enfoques: cualitativo, cuantitativo, mixto con el fin de obtener datos de primera fuente del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud: informe mundial sobre tuberculosis; 2017. [citado: 2018 enero 27]. Disponible en:[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2017\\_executive\\_summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1).
- 2) Bruner y Suddarth. Enfermería Medico quirúrgica [en línea].10ª.ed. México: McGraw-Hill Interamericana. p. 592.
- 3) Organización Mundial de la Salud: Perfil de la TBC en el Perú;2016 [citado: 2018 enero 27]. Disponible en <http://www.tbperu.org/2017>.
- 4) Organización Panamericana de la Salud: La tuberculosis en la región de las Américas. Informe regional de epidemiología, control y financiamiento; 2015.p7 [citado: 2018 enero 27]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/4678842/la-tuberculosis-en-la-regi%C3%B3n-de-las-am%C3%A9ricas>.
- 5) Organización Mundial de la Salud: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico N°4; 2017 [citado: 2018 enero 27]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=420&Itemid=358](http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=420&Itemid=358).
- 6) Ministerio de Salud: Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en Lima-Perú; 2016. p13 [citado: 2018 enero 27]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf>.
- 7) Ministerio de Salud: La salud mental como predictor de adherencia al tratamiento antituberculosis. Lima - Perú; 2014 [citado: 2018 enero 27]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf>.

- 8) Maldonado A. y Lozano L. Influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente [Tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2014. Disponible en URI: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1611>.
- 9) Quillatupa B. Factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2014. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/199/Betsy\\_Tesis\\_T%C3%ADtulo\\_profesional\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/199/Betsy_Tesis_T%C3%ADtulo_profesional_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 10) Maza C. y Tapia M. Apoyo social y nivel de autoestima del paciente de la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Chicote: Universidad Nacional del Santa; 2015. Disponible en: [http://repositorio.unds /chimbotee%20\(1\).pdf](http://repositorio.unds/chimbotee%20(1).pdf).
- 11) Morales H. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara. [Publicación periódica en línea] 2015 [Citado: 2018 enero 27] ;(1):16-22.Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/351/1/Morales\\_he.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/351/1/Morales_he.pdf).
- 12) Yactayo L. Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar [Tesis para optar el título profesional de licenciado en enfermería].Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2015. Disponible en: [http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3373/7/luis\\_enrique\\_yactayo\\_gonzales.pdf](http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3373/7/luis_enrique_yactayo_gonzales.pdf).
- 13) Córdova J. Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Juliaca-Puno: Universidad Peruana Unión; 2015.Disponible en:[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Jakelin\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/236/Jakelin_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

- 14) Iparraguirre M. factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad César Vallejo; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/771>.
- 15) Bustamante G. Hostilidad/cólera y depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis de un centro de salud del distrito de San Juan de Lurigancho [Tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología]. Lima: Universidad César Vallejo; 2016. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/4064/Bustamante\\_RGT.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/4064/Bustamante_RGT.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 16) Meza W, Peralta A, Quispe F. y Cáceres F. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017 [en línea]. Rev méd panacea, n° 7. [citado: 2018 Marzo 21]; (1): [22-25].
- 17) Montenegro J. Apoyo emocional y estados de ánimo. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Quito; 2013. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2128>.
- 18) Garnica B, Paz A, Zurita M, Prado G y Romero B. Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. Bolivia; 2014 [En línea]. Rev Cient Cienc Méd n°17 [citado: 2018 Febrero 07]; (1):11-14. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S181774332014000100004&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181774332014000100004&lng=es).
- 19) Theron G, Pedro J, Zijenah L, Chanda D, Mangu Ch, Cloves P, et al. Trastorno psicológico y su relación con la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Sudáfrica [en línea]. BioMed Central BMC Infectious Diseases 2015 n°253 [citado: 2018 Marzo 3]; (1): [15pp.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26126655>

- 20) Kehbila J, Ekabe C, Noubiap J, Amine L, Fon P y Monekosso G. Prevalencia y correlatos de los síntomas depresivos en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar en la región suroeste de Camerún.[en línea]. BioMed Central BMC Enfermedades infecciosas de la pobreza 2016 n°5: 51 [citado: 2018 Marzo 3]. Disponible en: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/pubmed10.1186/s40249-016-0145-6#CR28>.
- 21) Yan S, Zhang S, Tong Y, Yin X, Lu Z. y Gong Y. No adherencia a los medicamentos antituberculosos: el impacto del estigma y los síntomas depresivos en China [en línea]. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 2018 n°1 [citado: 2018 Marzo 3]; (98): [pág. 262 - 265]. Disponible en: [https://www.ajtmh.org/content/journals/pubmed.10.4269/ajtmh.17-0383#html\\_fulltext](https://www.ajtmh.org/content/journals/pubmed.10.4269/ajtmh.17-0383#html_fulltext)
- 22) Ministerio de la Salud. Etapa de vida del adulto; 2013 [citado: 2018 Febrero 22]. Disponible en: [www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/adulto.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/adulto.htm).
- 23) Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm univ [Revista en línea]. 2011 Dic n° 8 [citado: 2018 marzo 03]; (4): [Pág.16-23].Disponible en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es).
- 24) Seas C. Una introducción a la tuberculosis: la peste del siglo XXI. Acta méd. peruana [Internet].2008 Jul [citado: 2018 Marzo 03]; 25(3):161-162. Disponible en:[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172008000300008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000300008&lng=es).
- 25) Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud en Perú; 2006. [citado: 2018 marzo 03] Disponible en: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=623:determinantes-sociales-salud-peru&Itemid=719).
- 26) Real Academia Española. Definición de adherencia. [Página en Internet] España; 2010 [citado: 2018 marzo 03].Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=adherencia>.

- 27) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra; 2004. [citado: 2018 marzo 03]. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- 28) López L, Romero S, Parra D, Rojas L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*. [Internet]. 2016 [citado: 2018 marzo 03]; 21(1):117-137.DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>.
- 29) Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios. Definición de adherencia terapéutica; 2011. [citado: 2018 marzo 03]. Disponible en: <https://www.ispor.org/ScientificPresentationsDatabase/Presentation/53273>.
- 30) Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Act Med Col*. 2005; 30(4):268-73.
- 31) Jave C, Oswaldo, Contreras M, Hernández U. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta méd. Perú* [Internet]. 2017 Abr [citado: 2018 Marzo 05]; 34(2):114-125. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200007&lng=es).
- 32) Organización Mundial de la Salud. Factores asociados a la no adherencia; 2004 [citado: 2018 Marzo 25]. Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- 33) Nogués X, Sorli M y Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An. Med. Interna Madrid* [Internet]. 2007 Mar [citado 2018 Marzo 07]; 24(3): 138-141. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es).

- 34) Ortiz V., Ortega H. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud* [Internet] 2004 [citado: 2018 Marzo 22]; 1 (21):79-90.
- 35) Castañeda D, Tobón D y Rodríguez A. Asociación entre incidencia de tuberculosis e índice de desarrollo humano en 165 países del mundo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet] 2013 [citado: 2018 marzo 07]; 30(4):560-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a04v30n4>.
- 36) Organización Mundial de la Salud. Depresión; 2018 [citado 25 de Marzo 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- 37) Rivera I, Blanca M. et al. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Ter Psicol, Santiago* [Internet] 2007 dic. [citado: 2018 marzo 07]; 25 (2):135-140. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848082007000200004&lng=es&nrm=i](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082007000200004&lng=es&nrm=i).
- 38) Ojeda C, Silva H, Cabrera J, Chirino C, Carrera C y Molina A. Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación al inventario de Hamilton: Estudio preliminar. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2003 Ene [citado: 2018 Marzo 07]; 41(1):31-38. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272003000100005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100005&lng=es).
- 39) García C. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 Feb [citado: 2018 Marzo 07]; 15(1): 88-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010&lng=es).
- 40) Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev*

- Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 Abr [citado: 2018 marzo 07]; 77(2):95-103. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972014000200006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200006&lng=es).
- 41) Soria Trujano, Rocío, Vega Valero, Zaira, Nava Quiroz, Carlos, & Saavedra Vázquez, Karina. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), 223-230. Recuperado en 11 de septiembre de 2018, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011&lng=es&tlng=es).
- 42) Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Docente de la Pontificio Universidad Católica del Perú. [internet] 2015 [citado: 2018 Marzo 05].
- 43) Arrivillaga M. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamérica de Psicología*. Colombia [Internet]. 2010 Abr [citado: 2018 Marzo 05]; 42 (2):225-236.
- 44) Carvajal A., Centeno C. , Watson R. , Martínez M. , Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011; 34 (1): 63-72 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>.
- 45) Abanto P y Alcántara K. Nivel de autoestima y grado de depresión del paciente con VIH/SIDA [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Trujillo; 2012. Disponible en: <http://repositorio.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8594/1426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 46) Organización Mundial de la Salud .La tuberculosis en el peru: un gravisimo problema de salud pública. [citado: Octubre 12 2018]2015. Recuperado de <http://www.cmp.org.pe/inicio/56-ultimas/1762-la-tuberculosis-en-el-peru-un-gravisimo-problema-de-salud-publica.html>.

- 47) Pauro H, Parillo R. Factores personales, sociales y económicos que influyen en la prevalencia de tuberculosis pulmonar. [en Línea]. Disponible:<http://www.monografias.com/trabajos93/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar/factores-prevalencia-tuberculosis-pulmonar.shtml>; 2012.
- 48) González Estévez EJ. Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del Área de Salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán Ibarra – Imbabura – Ecuador; 2012 [Tesis para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería]. [Ibarra, Imbabura - Ecuador]: Universidad Técnica del Norte.
- 49) Fiestas R, Flores K. Autoimagen, estilos de vida y algunos factores personales en pacientes con tuberculosis pulmonar, provincia de Trujillo 2007 [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermería; 2007.
- 50) Hernández R. Metodología de la investigación: 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2014. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.

## ANEXOS:

### ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS.



#### CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESION EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL PERÚ-COREA - VENTANILLA, 2018

##### Instrucciones:

**Estimado/a usuario/a:** Las preguntas de este cuestionario se refieren a como usted está llevando su enfermedad. Solicitamos su participación respondiendo todas las preguntas. La información que Ud. nos brinde es anónima. Solo le pedimos sinceridad en sus respuestas marcando con una X la opción que elija como respuesta.

Recuerde que **NO** hay respuestas correctas e incorrectas, **TODAS LAS RESPUESTAS SON VÁLIDAS** y simplemente reflejan su opinión personal sobre su enfermedad.

**SINO PUEDE** marcar una pregunta o si la pregunta no tiene sentido para Ud. por favor no dudes en preguntarle a la persona que le entregó este cuestionario.

Agradecemos **DESDE YA** su colaboración y la confianza con nosotros(as).

##### SECCIÓN I: DATOS GENERALES

- 1) ¿Cuál es su sexo? 1.  Masculino 2.  Femenino
- 2) ¿Cuál es su edad? ..... (Años cumplidos)
- 3) ¿Cuál es su nivel de estudios? 1.  Primaria 3.  Técnico  
2.  Secundaria 4.  Universidad
- 4) ¿De dónde procede Ud.? 1.  Costa 2.  Sierra 3.  Selva
- 5) ¿Cuál es su estado civil? 1.  Soltero/a 3.  Separado/a 5.  Conviviente  
2.  Casado/a 4.  Viudo/a
- 6) ¿Cuál es su ocupación? 1.  Independiente 2.  Empleado 3.  No trabaja
- 7) ¿En que mes de tratamiento se encuentra? ..... Meses

##### SECCIÓN II: CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A continuación encontrará Ud. una serie de afirmaciones referidas a como usted lleva su enfermedad. Marque con una X en la columna correspondiente a la que Ud. considere refleja mejor su respuesta:

Para cada afirmación **SOLO HAY UNA RESPUESTA** y debe indicar con que frecuencia realiza Ud. estas acciones donde:

Nº	ITEMS	4 Siempre	3 Casi siempre	2 Casi nunca	1 Nunca
1	Ingiero mis medicamentos de manera puntual según indicación médica.				
2	Si no veo mejoría en mi estado de salud dejo el tratamiento.				
3	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la cumplo.				
4	Estoy dispuesta/o a dejar de hacer algo que me agrada, como por ejemplo, fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si la enfermera-médico me lo indica para beneficio de mi salud.				
5	Si la enfermera-médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
6	Me realizo los análisis clínicos tales como; radiografía de tórax y BK en esputo en los períodos que el personal de salud me indica.				
7	Asisto a mis consultas de manera puntual.				
8	Sigo las recomendaciones del médico-enfermera respecto a la aparición de cualquier molestia que pueda afectar mi estado de salud.				
9	Me he sentido discriminado/a en mi familia, trabajo u otro lugar y eso ha dificultado mi tratamiento.				
10	Como me lo indica el médico-enfermera, me realizo mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo/a.				
11	Cuando los síntomas desaparecen y me siento bien, dejo el tratamiento aunque no esté concluido.				
12	Cuando me entregan los resultados de mis análisis clínicos, me convengo más sobre lo que tengo y continúo mi tratamiento con mayor responsabilidad.				
13	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, prefiero no asistir al centro de salud para tomar mis medicamentos.				
14	No importa que el tratamiento sea largo, ingiero mis medicamentos a la hora indicada.				
15	Para que yo siga el tratamiento, es necesario que me recuerden otros (amigos y familiares).				
16	Aunque el tratamiento me resulte difícil, lo continúo.				

## ANEXO 2: TEST AUTOAPLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG

### SECCIÓN III: CUESTIONARIO AUTOAPLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG

A continuación encontrará Ud. una serie de afirmaciones referidas a como se siente en estos momentos. Marque con una X en la columna correspondiente a la que Ud. consider refleja mejor su respuesta. Para cada afirmación **MARQUE SOLO UNA RESPUESTA**:

Nº	ITEMS	4 Siempre	3 Casi siempre	2 Casi nunca	1 Nunca
1	Me siento triste y decaído/a.				
2	Por las mañanas me siento mejor.				
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta mucho dormir.				
5	Ahora tengo menos apetito que antes				
6	Aún tengo deseos sexuales.				
7	Noto que estoy adelgazado/a				
8	Estoy estreñado/a.				
9	El corazón me late más rápido que antes.				
10	Me canso sin motivo.				
11	Mi mente está más despejado que antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado/a e intranquilo(a) y no puedo estar quieto/a.				
14	Tengo confianza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y necesario para la gente.				
18	Tengo tantas ganas de vivir.				
19	Creo que sería mejor para los demás si estuviera murto/a.				
20	Me gusta las mismas cosas que antes.				

**¡Muchas gracias por su participación!**

SOLO PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR (A):

Fecha de aplicación: Día:..... Mes:..... Año:.....

Resultado del cuestionario: Completo  Respondido parcialmente

Rechazado  Otros.....

Observaciones:.....  
.....

**ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.**

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES
¿Cuál es la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y la depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018?	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.</p> <p><b>Objetivo Específicos</b></p> <p>1. Identificar la adherencia al tratamiento, según sexo en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.</p> <p>2. Identificar los niveles de depresión, según sexo en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.</p>	Existe dependencia entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.	1. Adherencia al tratamiento	<p>✓ <b>Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos:</b> Son medidas destinadas a la toma de medicamentos y alimentos siguiendo las instrucciones del personal sanitario.</p> <p>✓ <b>Seguimiento médico conductual:</b> evalúa la medida en la que el paciente practica comportamientos efectivos de cuidado de salud a largo plazo.</p> <p>✓ <b>Autoeficacia:</b> evalúa la medida en la que el sujeto cree que lo que hace beneficia su salud.</p>
			2. Depresión	<p>✓ <b>Síntomas somáticos</b></p> <p>✓ <b>Síntomas cognitivos</b></p> <p>✓ <b>Estado de ánimo</b></p> <p>✓ <b>Síntomas psicomotores</b></p>

## ANEXO 4: TABLA SOBRE DIMENSIONES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Tabla 7: Distribución porcentual sobre adherencia al tratamiento por dimensiones en los pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.

Dimensiones de adherencia al tratamiento e ítems		Frecuencias/sem.				TOTAL
		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
<b>CONTROL SOBRE INGESTA DE MEDICAMENTO Y ALIMENTOS</b>						
Ingiero mis medicamentos de manera puntual según indicación médica.	f	36	4	0	0	40
	%	90	10	0	0	100
No importa que el tratamiento sea largo, ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	f	23	13	4	0	40
	%	58	32	10	0	100
Estoy dispuesta/o a dejar de hacer algo que me agrada, como por ejemplo, fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si la enfermera-médico me lo indica para beneficio de mi salud.	f	25	12	3	0	40
	%	62	30	8	0	100
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la cumplo.	f	28	10	2	0	40
	%	70	25	5	0	100
Si la enfermera-médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	f	28	11	1	0	40
	%	70	28	2	0	100
<b>AUTOEFICACIA</b>						
Aunque el tratamiento me resulte difícil, lo continúo.	f	26	10	4	0	40
	%	65	25	10	0	100
Si no veo mejoría en mi estado de salud dejo el tratamiento.	f	24	8	8	0	40
	%	60	20	20	0	100
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, prefiero no asistir al centro de salud para tomar mis medicamentos.	f	14	10	14	2	40
	%	35	25	35	5	100
Para que yo siga el tratamiento, es necesario que me recuerden otros (amigos y familiares).	f	12	10	12	6	40
	%	30	25	30	15	100
Cuando me entregan los resultados de mis análisis clínicos, me convengo más sobre lo que tengo y continúo mi tratamiento con mayor responsabilidad.	f	20	17	3	0	40
	%	50	42	8	0	100
<b>SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL</b>						
Me realizo los hago análisis tales como; radiografía de tórax y BK en esputo en los períodos que el personal de salud me indica.	f	24	16	0	0	40
	%	60	40	0	0	100
Asisto a mis consultas de manera puntual.	f	25	11	4	0	40
	%	62	28	10	0	100
Sigo las recomendaciones del médico-enfermera respecto a la aparición de cualquier molestia que pueda afectar mi estado de salud.	f	25	13	2	0	40
	%	62	32	6	0	100
Me he sentido discriminado/a en mi familia, trabajo u otro lugar y eso ha dificultado mi tratamiento.	f	11	13	11	5	40
	%	28	32	28	12	100
Como me lo indica el médico-enfermera, me realizo mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo/a.	f	16	21	3	0	40
	%	40	52	8	0	100
Cuando los síntomas desaparecen y me siento bien, dejo el tratamiento	f	16	12	7	5	40
	%	40	30	18	12	100

Fuente: Cuestionario sobre adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla; 2018.

## ANEXO 5: TABLA SOBRE DIMENSIONES DE DEPRESIÓN.

**Tabla 8: Distribución porcentual sobre dimensiones de depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018.**

Dimensiones de depresión e ítems		Frecuencia/día				TOTAL
		Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
Síntomas somáticos						
Me siento triste y decaído/a.	f	10	14	11	5	40
	%	25	35	27.5	12.5	100
Por las mañanas me siento mejor	f	9	23	7	1	40
	%	22.5	57.5	17.5	2.5	100
Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	f	3	18	7	12	40
	%	7.5	45	17.5	30	100
Me cuesta mucho dormir.	f	6	8	17	9	40
	%	15	20	42.5	22.5	100
Ahora tengo menos apetito que antes	f	7	5	16	12	40
	%	17.5	12.5	40	30	100
Aún tengo deseos sexuales.	f	5	18	11	6	40
	%	12.5	45	27.5	15	100
Noto que estoy adelgazado/a	f	3	4	20	13	40
	%	7.5	10	50	32.5	100
Estoy estreñado/a.	f	1	11	8	20	40
	%	2.5	27.5	20	50	100
Síntomas cognitivos						
El corazón me late más rápido que antes.	f	2	12	14	12	40
	%	5	30	35	30	100
Me canso sin motivo.	f	4	9	16	11	40
	%	10	22.5	40	27.5	100
Mi mente está más despejado que antes.	f	6	14	13	7	40
	%	15	35	32.5	17.5	100
Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	f	3	15	17	5	40
	%	7.5	37.5	42.5	12.5	100
Me siento agitado/a e intranquilo(a) y no puedo estar quieto/a.	f	10	13	14	3	40
	%	25	32.5	35	7.5	100
Tengo confianza en el futuro.	f	2	5	17	16	40
	%	5	12.5	42.5	40	100
Estoy más irritable que antes.	f	2	9	23	6	40
	%	5	22.5	57.5	15	100
Encuentro fácil tomar decisiones.	f	3	11	11	15	40
	%	7.5	27.5	27.5	37.5	100
Estado de ánimo						
Siento que soy útil y necesario para la gente.	f	3	11	11	15	40
	%	7.5	27.5	27.5	37.5	100
Tengo tantas ganas de vivir.	f	3	6	10	21	40
	%	7.5	15	25	52.5	100
Síntomas psicomotores						
Creo que sería mejor para los demás si estuviera murto/a.	f	2	9	14	15	40
	%	5	22.5	35	37.5	100

Me gusta las mismas cosas que antes.	f	3	11	17	9	40
	%	7.5	27.5	42.5	22.5	100

Fuente: Cuestionario sobre depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla; 2018.

## ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días (tardes):

Estimado usuario, estoy trabajando en un estudio que pretende conocer sobre como usted lleva su enfermedad. Esto con el fin de identificar las necesidades y problemas que permitan mejorar los programas y servicios para personas con la enfermedad de tuberculosis. Quisiera pedir su ayuda para que participe en este estudio, y conteste algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. No hay preguntas delicadas y **SUS RESPUESTAS SON ANÓNIMAS** y serán manejadas con la más estricta **CONFIDENCIALIDAD**. Le garantizo que la información suministrada no será usada con ningún fin diferente a los objetivos de este estudio, nadie sabrá lo que respondas. Además como podrá ver en el cuestionario, en ningún momento se le pide su nombre.

Para participar en el estudio necesito que me dé su consentimiento. Para ello **LEA ATENTAMENTE** las instrucciones que encontrará líneas abajo para que en esta forma me diga si está de acuerdo o no en participar. Agradecemos desde ya su enorme y valioso apoyo y participación en este estudio.

Yo..... declaro haber sido informado de la investigación “**Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis**”. La investigadora me ha explicado los objetivos del estudio, el procedimiento a seguir y ha contestado mis preguntas.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de la Estudiante de Enfermería Thalia Gordillo Fernández.

Ventanilla,.....De.....del 2018

**ANEXO 7: COEFICIENTE V DE AIKEN**

Experto	Control sobre ingesta de medicamentos y alimentos												Seguimiento médico														
	Item 1			Item 2			Item 3			Item 4			Item 5			Item 6			Item 7			Item 8					
	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
5	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
8	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1		
9	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1		
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Promedio	0.8	1	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	1	0.9	0.8	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	1	1	1	1	1	1	0.7	1	1		
Aiken	0.8	1	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	1	0.9	0.8	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	1	1	1	1	1	1	0.7	1	1		

PROMEDIO DE AIKEN **0.91**

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k} \quad (1)$$

$\bar{X}$  es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra,  $l$  es la calificación más baja posible, y  $k$  es el rango de los valores posibles de la escala Likert utilizada. Por ejemplo, si  $l = 1$  y  $k = 5$ , entonces  $k = 5 - 1 = 4$ . La estimación de los intervalos de confianza para el coeficiente  $V$  de Aiken usará el método *score* (Wilson, 1927; Penfield y Giocobbi, 2004), que a continuación describimos brevemente.

o médico conductual									Autoeficacia																	
Item 9			Item 10			Item 11			Item 12			Item 13			Item 14			Item 15			Item 16					
Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
0.7	1	1	0.8	1	1	0.9	1	1	0.7	0.9	1	1	1	1	0.9	1	1	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9	1	1		
0.7	1	1	0.8	1	1	0.9	1	1	0.7	0.9	1	1	1	1	0.9	1	1	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9	1	1		

**ANEXO 8: PRUEBA PILOTO Y COEFICIENTE ALPHA DE CONBACH**

	P A1	P A2	P A3	P A4	P A5	P A6	P A7	P A8	P A9	PA1 0	PA1 1	PA1 2	PA1 3	PA1 4	PA1 5	PA1 6	P D1	P D2	P D3	P D4	P D5	P D6	P D7	P D8	P D9	PD1 0	PD1 1	PD1 2	PD1 3	PD1 4	PD1 5	PD1 6	PD1 7	PD1 8	PD1 9	PD2 0
1	1	3	3	1	2	2	3	3	2	4	2	4	2	3	2	3	3	1	2	1	2	2	4	4	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	1	3
2	1	3	3	1	2	4	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	2	1	2	2	1	2	1	3	1	2	2	1	3	2	1	3	2	2	1	2
3	1	3	4	2	2	3	4	3	3	4	4	3	4	4	2	3	3	2	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	4	2	2	1	3	3	1	2
4	1	4	3	1	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	3	2	1	2	2	2	1	1	4	1	2	2	1	3	3	2	1	2	2	1	1
5	1	4	4	1	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	2	3	3	2	4	2	3	2	4	2	3	3
6	2	4	4	1	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	4	3	2	3	1	2	1	1	3	2	1	3	1	3	1	2	2	4	4	2	2
7	2	4	3	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	2	1	1	1	1	3	1	2	3	1	3	2	1	2	2	1	2	2
8	1	4	4	1	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	3	2	2	4	2	3	2	1	2	1	4	3	1	3	2	3	2	3
9	1	4	4	2	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	2	1	1	2	2	3	1	1	2	1	4	1	1	2	2	3	2	2
10	1	4	3	2	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	1	2	1	3	1	4	2	2	2	2	4	1	2	1	4	1	2	1

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA**

**AI TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS**

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.801	16

**ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL TEST AUTO APLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.816	20

## ANEXO 10: AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR EL TEST AUTOAPLICADO DE DEPRESIÓN DE ZUNG



Luis Enrique Yactayo Gonzales <luisyactayo2018@gmail.com>

25 sept. 2018 7:26 ☆ ↶ ⋮

para mí ▾

Está bien autorizo que la señorita Thalia Mercedes utilice el Test autoaplicado de depresión de zung y pueda desarrollar dicha investigación

Atte

Lic. Luis Enrique Yactayo Gonzales

\*\*\*

↶ Responder

↶ Reenviar

Estudio de retroalimentación - Google Chrome  
 https://ev.turnitin.com/app/carta/en\_us/?s=3&u=1062386463&lang=en\_us&o=1042000781

feedback studio thalia mercedes gordillo fernandez informe de tesis /0 3 of 3



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS  
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE LA MICRORED PACHACUTEC-VENTANILLA, 2018\***

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA:**

GORDILLO FERNANDEZ, THALIA MERCEDES

**ASESORA:**

DRA. TIMANA YENQUE, LILLIANA ZEDEYDA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD

**Resumen del partido** ✕

24%

Actualmente viendo fuentes estándar

View English Sources (Beta)

Partidos

24	1 cybertesis.urp.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	5% >
2	repositorio.autonoma.e... <small>Fuente de Internet</small>	3% >
3	cybertesis.unmsm.edu... <small>Fuente de Internet</small>	3% >
4	docplayer.es <small>Fuente de Internet</small>	2% >
5	repositorio.ucv.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	2% >
6	odigital.dgb.uanl.mx <small>Fuente de Internet</small>	2% >

Página: 1 de 62 Recuento de palabras: 15534 Informe de solo texto Alta resolución En

12:38  
19/11/2018



 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD          DE TESIS</b>	Código : F06-PP-FR-02.02
		Versión : 09
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Yo, Lilliana Ledysda Timana Yanque  
 docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela  
 Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo Univ Norte (precisar filial  
 o sede), revisor (a) de la tesis titulada

Adherencia al Tratamiento y depresión en pacientes  
con Tuberculosis de la Microred Pachacuti e -  
Ventanasilla, 2018

del (de la) estudiante Thalia Mercedes Condillo Fernandez,  
 constato que la investigación tiene un índice de similitud de  
24% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/ta suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó 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.

Lugar y fecha Los Olivos, 19 noviembre 2018



Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 09437379

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Ethalia Muradás Gordillo Fernández
D.N.I. : 72020376
Domicilio : Av. Ciudad, Isl. de Esfinge, Block 13, P.O. 909
Teléfono : Fijo : Móvil : 910859268
E-mail : ethaliamuradas1996@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[X] Tesis de Pregrado
Facultad : Ciencias Médicas
Escuela : Enfermería
Carrera : Enfermería
Título : Licenciada en Enfermería

[ ] Tesis de Post Grado
[ ] Maestría [ ] Doctorado
Grado :
Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Ethalia Muradás Gordillo Fernández

Título de la tesis:

"Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con Trastorno de la Ansiedad (Trastorno de Pánico) - Ventanilla, 2018"

Año de publicación :

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [ ]

Firma : [Handwritten Signature]

Fecha : 19-11-18



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

GORDILLO FERNANDEZ THALIA MERCEDES.

INFORME TITULADO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS DE LA MICRORED PACHACUTEC - VENTANILLA, 2018.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

SUSTENTADO EN FECHA: 12-12-2018.

NOTA O MENCIÓN: 16 PUNTOS



*CF*

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

