

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



TESIS DE TÍTULO

**Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos
en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015**

Tesis presentada para obtener el título de Licenciada en Enfermería

Autora

Bach. Jakelin Margot Córdova Ruelas

Asesora

Lic. Delia León Castro

Juliaca - Octubre, 2015

Dedicatoria

A Dios, dador de la vida y guiarme durante los años de formación, por darme sabiduría e inteligencia para la estructura del proyecto.

A la profesión de enfermería, por impartir todo el conocimiento que me brindo para convertirme en un instrumento.

A mis padres por el apoyo incondicional y siempre oportuno, por su paciencia, comprensión y por el esfuerzo desmedido que hacen posible cumplir este sueño anhelado.

Agradecimiento

- A la Universidad Peruana Unión, por haberme brindado una educación por ejemplo y precepto y formarme profesionalmente con excelencia académica en la carrera de Enfermería.
- A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por su contribución en la realización de esta investigación
- A mi asesora Lic. Delia Luz León Castro, por el apoyo en el desarrollo de la presente investigación.
- Al Mg. German Mamani Cachicatari, asesor estadístico de la presente investigación, por su apoyo para la culminación de la presente investigación.
- Agradezco a la Micro-Red Santa Adriana, que me apoyaron incondicionalmente en la recolección de datos durante el mes de Julio del presente año y a hacer posible la realización de la presente investigación.

Tabla de Contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Capitulo I	1
Introducción	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1. Formulación del problema	4
2. Justificación	4
3. Objetivos de la investigación.....	5
3.1.1. Objetivo general	5
3.1.2. Objetivos específicos	5
Capitulo II	6
Marco teórico	6
1. Antecedentes de la investigación.....	6
2. Marco bíblico filosófico.....	11
3. Marco conceptual.....	12
3.1. Depresión	12
3.2. Síntomas de la depresión.....	13
3.3. Causas de la depresión	15
3.4. Prevención.....	16
3.5. Tipos de Depresión	16

3.6.	Depresión y tuberculosis	20
3.7.	Depresión, familia y aspecto social.....	21
3.8.	Tuberculosis	22
3.9.	Soporte social	30
3.10.	Componentes del Soporte Social	30
3.11.	Características por falta de soporte social.....	32
3.12.	Tipos de Redes de Soporte Social.....	32
3.13.	Factores interactuantes en el soporte social	33
3.14.	Factores que influyen en el soporte social	35
3.15.	Dimensiones del soporte social.....	35
3.16.	El soporte social en la Tuberculosis.....	36
4.	Modelo de enfermería.....	38
5.	Definición de términos.....	40
5.1.	Depresión	40
5.2.	Soporte social	40
5.3.	Soporte de amigos	40
5.4.	Soporte familiar.....	41
Capitulo III.....		42
Materiales y métodos		42
1.	Metodología de la investigación	42
2.	Formulación de hipótesis	43
2.1.	Hipótesis general.....	43
2.2.	Hipótesis específicas	43
3.	Variables de la investigación	43
3.1.	Identificación de las variables.....	43

3.2. Operacionalización de variables	44
Variable.....	44
4. Delimitación geográfica y temporal.....	46
5. Población y muestra.....	46
5.5. Población.....	46
5.6. Determinación de la muestra.....	46
6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
6.1. Determinación de la muestra.....	47
7. Procesamiento de recolección de datos	48
8. Procesamiento de recolección de datos	48
Capítulo IV.....	49
Resultados y discusión	49
1. Presentación de los resultados	49
1.1 En relación a la hipótesis general.....	49
1.2 En relación a la primera hipótesis específica	55
1.3 En relación a la segunda hipótesis específica.....	60
2. Discusión	66
Capítulo V.....	71
Conclusiones y recomendaciones	71
1. Conclusiones	71
2. Recomendaciones	72
Referencias Bibliográficas	73
Anexos	80

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Nivel de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.....</i>	49
<i>Tabla 2. Nivel de soporte social que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.</i>	50
<i>Tabla 3. Análisis de coeficientes soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	51
<i>Tabla 4. Análisis de correlación entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	52
<i>Tabla 5. Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	53
<i>Tabla 6. Análisis de ANOVA entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	54
<i>Tabla 7. Nivel de soporte social de amigos que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.....</i>	55
<i>Tabla 8. Análisis de coeficientes soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	57
<i>Tabla 9. Análisis de correlación entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	58
<i>Tabla 10. Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....</i>	58

Tabla 11. <i>Análisis de ANOVA entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana</i>	60
Tabla 12. <i>Nivel de soporte social familiar que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015</i>	61
Tabla 13. <i>Análisis de coeficientes soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana</i>	62
Tabla 14. <i>Análisis de correlación entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana</i>	63
Tabla 15. <i>Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana</i>	64
Tabla 16. <i>Análisis de ANOVA entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana</i>	65

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Dispersión de las variables soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.	51
<i>Figura 2.</i> Dispersión de las variables soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....	56
<i>Figura 3.</i> Dispersión de las variables soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.....	62

Resumen

El presente trabajo de investigación titulado “Depresión y soporte social en paciente con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015”, cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre los niveles de depresión y soporte social que presentan los pacientes del programa de tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca. El **diseño** de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico con criterios de inclusión y exclusión, determinándose una muestra de 31 pacientes del programa de tuberculosis. El **instrumento** que se utilizó es la Escala de Soporte Social MSPSS, que consta de 12 ítems, distribuidos en dos dimensiones (soporte de amigos y soporte familiar), y el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 reactivos. Los **resultados** indican que el 32.3% de los pacientes presentan depresión mínima o está ausente, el 29.0% presenta depresión leve, 25.8% depresión moderada, y el 12.9% presenta una depresión grave. El 51.6% presenta soporte social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de soporte social. La correlación de Pearson muestra correlaciones indirectas y significativas entre las variables y sus dimensiones.

Palabras clave: depresión, soporte social, soporte familiar, soporte de amigos, tuberculosis.

Abstract

This research paper entitled "Depression and social support in patients with pulmonary tuberculosis treated at the Micro Micro Santa Adriana, Juliaca 2015", whose objective was to determine the relationship between depression levels and social support for patients presenting program Network tuberculosis Holy Adriana Micro Juliaca. The research design is not experimental cross-sectional correlational, a non-probability sampling with inclusion and exclusion criteria was made, determining a sample of 31 patients of the tuberculosis program. The instrument used is the Social Support Scale MSPSS, consisting of 12 items, distributed in two dimensions (support of friends and family support), and the Beck Depression Inventory consists of 21 reagents. The results indicate that 32.3% of depressed patients have minimal or absent, 29.0% have mild depression, moderate depression 25.8%, and 12.9% have a severe depression. 51.6% have moderate social support, 29.0% have a low level of social support. The Pearson correlation shows hints and significant correlations between variables and dimensions.

Keywords: depression, social support, family support, support of friends, tuberculosis.

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del SIDA, causada por un agente infeccioso, la Organización Mundial de la Salud en el año 2011, refiere que 8,7 millones de personas que enfermaron de tuberculosis y el 1,4 millones murieron por esta causa, además menciona que más del 95% de las muertes por tuberculosis ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos, siendo ésta una de las tres causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Para el 2010 se estimaron alrededor de 267,000 casos de tuberculosis en la Región de las Américas, cifra que equivale al 29% de habitantes, más de dos tercios (69%) de todos los casos incidentes estimados de tuberculosis ocurrieron en América del Sur, en los países andinos el 30%, otros países 39%; el 14% en el Caribe, el 12% en México y Centro-América, y el 5.5 % en América del Norte (OMS, 2012).

Asimismo menciona que el Perú es el segundo país con más casos de Tuberculosis donde el análisis de cohortes o la condición de egreso de los pacientes en el año 2009

son de 31.844 casos notificados y 17.391 de 54,6% fueron casos nuevos con Tuberculosis pulmonar baciloscopía positiva, donde 14.212 iniciaron tratamiento el 81,7% donde se concluye con éxito el 81%, con 6% de abandonos de tratamiento, 9% de no evaluados y 3% de fallecidos a causa de la tuberculosis, lo que daría finalmente una cifra de más de 4 mil casos nuevos perdidos. En el año del 2010 se notificó 31.000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas y el 5to lugar en incidencia más alta de tuberculosis 106 por 100.000 habitantes después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana. El porcentaje de detección en relación al estimado fue del 100% para el mismo periodo.

La Tuberculosis, está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de reacciones adversas a medicamentos, que provocan o exacerbaban alteraciones de la esfera mental (Pillaca, 2013)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos treientos cincuenta millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, donde se convertirte en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, emocionales y familiares; en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente un millón de muertes anuales, por lo que la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales

está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (OMS, 2012).

Actualmente el soporte social es discutido y estudiado por diversos autores, justamente por su importancia frente a cuestiones relacionadas con el bienestar y calidad de vida, una vez que muchas investigaciones destacan su importancia para mantener la salud física y mental de los individuos. De acuerdo con Cobb (1976), el soporte social está relacionado con informaciones que hacen que la persona se sienta amada, apreciada, valorizada y perteneciente a una red social de comunicación.

De acuerdo con Stroebe, Zech, Stroebe y Abakoumkin, tanto el soporte social como el familiar se presentan como moderadores delante de acontecimientos trágicos o pérdidas significativas, estas afirmaciones son corroboradas por Miller y Darlington quienes destacan que el soporte ofrecido por los amigos y por la comunidad debe ser considerado bastante importante para el bienestar de los individuos, pese a que la familia también asume un papel importante y relevante en ese proceso. Asimismo esas informaciones, señalan que la familia, por tratarse de un sistema relacional en el que sus miembros se influyen, debe estar atenta para mantener la calidad de sus relaciones. El autor realiza esa afirmación con base en el argumento de que los padres que promueven afecto, bienestar y seguridad en el relacionamiento con sus hijos, tienden a facilitar las interacciones que estos mantendrán en el futuro en el medio social. (Nunez, Rigotto, Ferrari, & Marin, 2012).

1.1. Formulación del problema

¿Existe relación entre los niveles de depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015?

2. Justificación

Siendo que los pacientes con tuberculosis pulmonar por la misma naturaleza de su enfermedad tienden a entrar en depresión, es que ellos necesitan el soporte social para poder afrontar su enfermedad ya que padecen de tuberculosis, mucho menos tienen el conocimiento como es que terminaron su tratamiento son excluidos de la sociedad por ello se debe realizar un estudio donde se pueda conocer hasta que nivel es que un paciente se deprima y si tiene un buen soporte social donde tendremos como beneficiarios a los pacientes con tuberculosis pulmonar así disminuir los casos de abandono de su tratamiento y disminución del incremento de la mortalidad en ciudades dando así un completo tratamiento adecuado y calidad a los pacientes.

Por su relevancia teoría, porque permitirá conocer los niveles de depresión y soporte social de los pacientes con tuberculosis pulmonar y porque servirá como antecedentes para otros trabajos de investigación.

Por su relevancia social, ya que permitirá establecer proyectos o programas de investigación social educativa a la familia y entorno para dar soporte social al paciente con tuberculosis.

Por su relevancia práctica, los resultados hallados permitirán dejar recomendaciones al personal de enfermería que trabaja en la estrategia de Tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana, sobre la forma de brindar soporte social a los pacientes que presentan tuberculosis pulmonar.

Por su relevancia económica, porque permitirá tomar acciones orientadas a prevenir que los pacientes con tuberculosis abandonen o pierdan el tratamiento que deben cumplir para su recuperación, repercutiendo en los presupuestos del MINSA.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación salud y desarrollo comunitario desarrolladas por la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión y por la oportunidad que poseen los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

3. Objetivos de la investigación

3.1.Objetivo general

Determinar la relación entre los niveles de depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.

3.2.Objetivos específicos

- a. Determinar la relación entre depresión y soporte social de amigos en pacientes con tuberculosis pulmonar
- b. Determinar la relación entre depresión y soporte social de familia en pacientes con tuberculosis pulmonar

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Ramírez y Pascual (2010) realizaron la investigación titulada “Evolución y tratamiento de pacientes con tuberculosis multirresistente” donde su objetivo fue evaluar la evolución del tratamiento en pacientes con tuberculosis, donde el estudio retrospectivo realizado entre enero de 1998 y diciembre de 2010 en la Unidad de Aislamiento de Medicina Interna del Hospital de Canto Blanco donde un total de 47 pacientes fueron evaluados la edad media fue de 36 años y 33 eran varones y un 64% eran extranjeros. Hubo 26 casos nuevos (55,3%). Los pacientes fueron resistentes a 5 fármacos de mediana y 3 cumplieron criterios de tuberculosis extremadamente resistente. Se obtuvo respuesta favorable al tratamiento en el 93%. Se realizó tratamiento directamente observado en el 79%. El 68% presentaron algún efecto adverso, que fueron leves o moderados en el 75%. Se pudo realizar seguimiento tras la finalización del tratamiento en 14 pacientes donde la mayoría de los pacientes con tuberculosis multirresistentes pueden alcanzar la curación con el uso de pautas de tratamiento adecuadas, un control exhaustivo de los efectos adversos y la aplicación de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.

Pezoa (2012) realizó la investigación titulada “Calidad de vida y concentraciones séricas de TNF-a en pacientes mexicanos con tuberculosis y trastorno depresivo mayor” su objetivo es evaluar si existen diferencias en concentraciones de TNF-a y en la calidad de vida en sujetos con trastorno depresivo mayor y tuberculosis, en comparación con controles sano y su método es descriptivo de corte transversal donde la muestra fue de 37 pacientes con trastorno depresivo mayor. Se evaluaron con el inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton y Se obtuvieron muestras de sangre para determinar el porcentaje de células mononucleadas positivas para TNF-a y donde los resultados fueron que las mayores concentraciones de TNF-a se encontraron en el grupo de tuberculosis y trastorno depresivo mayor 10.46 ± 14.59 y las menores concentraciones en controles 3.26 ± 4.93 . Sin embargo, al comparar los cuatro grupos no hubo diferencias estadísticamente significativas. Las puntuaciones de calidad de vida fueron menores en el trastorno depresivo mayor 65.6 ± 5.4 y en tuberculosis con trastorno depresivo mayor 66.2 ± 14.5 y se comparó la calidad de vida entre grupos y hubo diferencias significativas entre el grupo tuberculosis y trastorno depresivo mayor 0.013 %, tuberculosis y tuberculosis con trastorno depresivo mayor 0.004% y trastorno depresivo mayor y controles 0.0002% donde no se encontraron diferencias significativas entre grupos respecto al TNF-a, mientras que los sujetos con trastorno depresivo mayor y tuberculosis con trastorno depresivo mayor.

Culqui, Trujillo, Cueva, Aylas y Salaverry (2010) realizaron el estudio titulado “Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008” donde su objetivo fue identificar a los pobladores indígenas que son afectados por la tuberculosis su método de estudio es descriptivo realizado desde el mes de agosto al mes de diciembre del año 2009 donde

participaron 702 pacientes indígenas que presentan tuberculosis que ingresaron al programa durante el año 2008 de las 25 regiones del Perú donde los resultados mostraron que los grupos étnicos con mayor incidencia de tuberculosis son los quechuas 417/ 702 ; 59,4% , los indígenas amazónico 201/702; 28,6% los indígenas aymaras quienes presentaron 84/702; 11,97% en conclusión se han reportado altas tasas de incidencia en población indígena.

Pillaca (2013) realizó un estudio cuyo tema es “Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias 2013- Lima ”, el objetivo fue estudio fue determinar las estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el Centro de Salud Max Arias y su método del estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal donde la población estuvo conformado por todos los pacientes asistentes en el mes de enero del 2013 conformado por 30 pacientes ya que los resultados fueron que del 100% , el 50%(15) las estrategias de afrontamiento están presentes y en el 50%(15) están ausentes. Las estrategias centradas en el problema están presentes en 53 % (16) y en 47% (14) están ausentes. Dentro de las estrategias centradas en el problema del 100%, el 53% (16) la supresión de actividades está presente y en 47% (14) ausente, la planificación está presente y en 57% (17) ausente y se llegó a la conclusión que las estrategias de afrontamiento están presentes en la mitad de la población y ausentes en la otra mitad.

Crispín, Rumiche y Roque (2010) realizaron un estudio cuyo título fue “Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud urbano marginal de lima 1999-2008”, el objetivo de estudio fue determinar los factores epidemiológicos y sociales asociados a la tuberculosis en un Centro de Salud urbano marginal. El estudio es

observacional, descriptivo, retrospectivo, donde se reportaron 197 casos diagnosticados: 108 varones (55%) y 89 mujeres (45%); 151 fueron nuevos (76,6%) y 32 recaídas, abandonos recuperados y fracasos previos (16,2%). El grupo de edad más afectado fue el de 15-29 años con 103 casos (52,3%). Del total de casos, 174 fueron de la forma pulmonar (88%), 176 fueron curados (89,3%) y 14 fracasaron (7%). En relación con los antecedentes de tuberculosis, 20 casos tenían antecedentes personales (10%) y 106 antecedentes familiares (54%). En 152 casos la familia estaba integrada por más de 5 miembros (77%); 47 casos eran amas de casa (24%), 44 estudiantes (22%), 24 obreros (12%) y 42 eran desocupados o sin respuesta (21%) donde se concluyó que la incidencia de tuberculosis es alta, predominando la forma pulmonar con baciloscopía positiva, afectando en gran medida a la población el antecedente personal o familiar de tuberculosis fue un factor frecuente; la mayoría de pacientes tenían familia mayor a 5 miembros.

Ordoñez (2013) realizó un estudio de investigación titulado “Factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al área de salud N° 1” cuyo objetivo es determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento, el tipo de estudio es analítico retrospectivo y de intervención cuantitativa ya que la muestra estuvo conformada por 14 pacientes con tuberculosis, los resultados fueron que en los pacientes con tuberculosis mantienen cierta estabilidad y adhesión al tratamiento sin embargo están presentes los factores psicológicos de riesgo que puedan ocasionar inestabilidad, uno de ellos es el afrontamiento a la enfermedad en el 26 % de pacientes con tuberculosis.

Nakandakari, Rosa, Gutierrez y Bryson (2014) Realizaron un estudio cuyo tema es “Tuberculosis en trabajadores de salud: Estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Hipólito Unánue” donde su objetivo es describir las características epidemiológicas y clínicas de los trabajadores de salud del Hospital Nacional Hipólito Unánue que presenten Tuberculosis entre el 2006 y 2013 el método estudio es descriptivo longitudinal retrospectivo donde la muestra son los trabajadores de salud con diagnóstico de Tuberculosis entre el 2006 y el 2014 donde se identificaron 56 trabajadores de Salud con diagnóstico de TBC, 4 fueron BK (+++) y uno falleció, el 33,9% de los casos de TBC ocurrió en médicos ya que se encontró que sólo el 8,9% tuvo historia de tuberculosis antes del 2006 y el 53,6% tuvo tuberculosis Pulmonar sensible y el 14,3% de los casos, fueron tuberculosis MDR por la prueba de Genotype se llegó a la conclusión que la mayoría fueron diagnosticados en el 2007 y 2013 médicos residentes BK negativo con tuberculosis pulmonar sensible y del Servicio de Hospitalización de Especialidades.

Quevedo, Sánchez, Villaba, y Velásquez (2015) realizaron el trabajo titulado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”, cuyo objetivo fue determinar la relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con Tuberculosis Pulmonar. El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada por 52 pacientes que estuvieron registrados en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud: Flor de Amancaes y San Juan de Amancaes. Se utilizó como técnica la encuesta, a través de dos cuestionarios validados por juicio de

expertos, instrumentos que midieron el soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento. Los resultados evidencian que un 81,8% de los pacientes que recibieron nivel alto de soporte familiar y social presentaron cumplimiento del tratamiento, mientras que un 36,4%, que recibieron bajo nivel de soporte familiar y social presentaron ¿cumplimiento? del tratamiento. La diferencia encontrada resultó estadísticamente significativa ($p=0,034$). Mientras que un 59,6% de los pacientes cumplen con el tratamiento, y un 40,4% no lo cumplen. En conclusión, el soporte familiar y social es un eje importante en la recuperación del paciente, ya que el paciente se siente más confiado y motivado a culminar con su tratamiento para recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana

2. Marco bíblico filosófico

Los evangelios revelan la innegable verdad de que Jesús se conmovía ante las necesidades humanas y respondía mediante actos de misericordia. A menudo, llamó la atención a las necesidades y preocupaciones de los pobres y despreciados; tenía un interés específico en relacionarse con ellos y darles las buenas nuevas de salvación. Sin embargo, a menudo, antes de atender sus necesidades espirituales, también respondía a sus necesidades físicas. Desafiaba a los pudientes a responder a las necesidades de los pobres como su deber. De los pobres decía que ellos nos proveen una oportunidad para hacer el bien y constituyen un examen de nuestra aptitud para participar del reino celestial.

La biblia indica que Jesucristo vino a este mundo como siervo para suplir incansablemente la necesidad del hombre, para atender a todo menester humano, suplió las necesidades materiales y dedicó más tiempo a la curación de los enfermos que a la

predicación (White, 1998); y una de los objetivos de la Iglesia Adventista es que sus miembros puedan imitar las acciones de Jesús, supliendo las necesidades de las personas que se encuentran en necesidad y que padecen enfermedad.

La falta de esperanza es un síntoma de depresión, y el mensaje bíblico da esperanza, en contraste con un mundo que ofrece muy poco. Mucha gente afronta desánimo extremo por diversas razones. Pero, la Biblia está llena de promesas de esperanza para todos; no importa cuál sea la situación, ofrece esperanza de un futuro mejor, si no en este mundo, ciertamente en el venidero.

Consejos de salud de Elena G. de White menciona “En todos lados hay enfermedades, y una buena parte de ellas podrían prevenirse si se prestara atención a las leyes de la salud. La gente necesita comprender la importancia de los principios de la salud con relación a su bienestar físico, tanto en lo que se refiere a esta vida como a la vida venidera. Necesitan ser despertados ante la responsabilidad que tienen con respecto a la habitación humana preparada por su Creador como su morada, y sobre la cual desea que sean mayordomos fieles.”

3. Marco conceptual

3.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental común, se valora por medio de criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los síntomas suelen presentarse como estados de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa entre otros (Borda, et al., 2013).

El termino depresión deriva de la palabra latina depressio, que significa "abatimiento, descenso, concavidad", traduciéndose por un abatimiento de la vitalidad,

psíquico y físico, que se extiende al estado de ánimo, a la impulsividad, a la sociabilidad. Es empleada como expresión para referirse a sentimientos de tristeza e infelicidad. La tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, concreta y definida, y que todo el mundo ha experimentado alguna vez (Martinez, 2008)

Las enfermedades depresivas pertenecen a uno de los cuadros clínicos considerados como de los más graves e importantes a nivel mundial, afectan, en sus diferentes formas de manifestaciones, hasta a un 20% de la población, dañan al pensamiento, a los sentimientos, al cuerpo, a las relaciones sociales; en definitiva, perjudican a la vida entera. A pesar de su enorme significación, con frecuencia la depresión queda sin diagnosticar, o si se hace, se trata de forma insuficiente. Esto causa un gran sufrimiento y una pérdida de calidad de vida, tanto de los afectados como de sus familiares. En años anteriores ha quedado patente que la depresión es una enfermedad crónica consecuencia del estrés, de ahí la expresión acuñada depresión por estrés.

La depresión es una enfermedad grave, que en determinados casos puede amenazar la vida del paciente y necesita un tratamiento especializado.

3.2. Síntomas de la depresión

Una depresión puede presentar múltiples síntomas y mostrarse en grados diferentes. Los malestares típicos indican una variación individual y notable. Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-10) un episodio depresivo es aquél que se caracteriza por un estado de ánimo triste que dura al menos dos semanas. Asociado a él se produce una pérdida en

cuanto a la disposición para mostrar alegría, estímulos e intereses, así como en la capacidad general de concentración y rendimiento. Además, aparecen síntomas físicos característicos, como por ejemplo problemas de sueño, pérdida de apetito y peso así como una opresión mental respecto a una situación que se considera sin salida. Esto puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. El pensamiento se ralentiza y gira en torno a un solo tema, que suele ser lo mal que uno se siente, lo inútil resulta la situación actual y qué desesperado parece ser el futuro.

Las características que puede presentar una persona son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- Tristeza
- Sensaciones fracaso
- Culpa
- Expectativa de castigo
- Auto desagrado
- Auto acusación
- Llanto
- Separación social
- Perdida del libido
- Psicossomático
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades pesimismo.

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (Keck, 2006).

3.3. Causas de la depresión

Las causas de la depresión son variadas, pero la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. Explicaciones dadas al origen familiar de la depresión son que los niños reciban una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor.

Respecto a la depresión que no está causada por motivos familiares, las pérdidas emocionales muy profundas pueden causar cambios bioquímicos que impulsen la depresión. Estos cambios pueden provocar la enfermedad no de una forma inmediata, sino más adelante. Otros factores pueden ser la pérdida de un trabajo, o la falta de capacidad de adaptación a determinados cambios. A pesar de que no se sabe exactamente qué provoca la depresión existen diversos factores identificados como los

desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro. Los fármacos antidepresivos pueden ayudar a solucionar este problema (Avilés & Padilla, 2013)

3.4. Prevención

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, que se sigan ciertos consejos o modos de vida (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, & Villaseñor, 2005).

- Tener pensamientos positivos
- Cuidar la salud física
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades de forma lenta y gradual.
- Aceptarse a uno mismo. No compararse con otras personas que considera favorecidas.

- Expresar las emociones
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto
- Reunirse periódicamente con el terapeuta
- Comer una dieta equilibrada
- Hacer ejercicio físico

3.5. Tipos de Depresión

- La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar

placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida.

- La distimia es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.
- El desorden bipolar es el tercer tipo. También se denomina enfermedad maniaco-depresiva. La prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo.
- En el ciclo maniaco, pueden sentirse hiperactivos, excesivamente locuaz y con demasiada energía. A veces la manía afecta al pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo. Si la manía se deja sin tratar puede llevar a un estado psicótico. Si la manía no se trata puede empeorar y provocar un estado psicótico. Depresión Post-parto Alrededor del 10 o 15 por ciento de las nuevas madres lloran constantemente, se sienten terriblemente ansiosas, no pueden dormir e, incluso no son capaces de tomar decisiones sencillas.
- Otros síntomas son la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad. Es lo que se conoce como depresión post-parto. La depresión post-parto es una deformación severa del baby blues, un problema que sufren las dos terceras partes de las madres que se manifiesta con un poco de tristeza y ansiedad. Algunas madres sufren una ruptura total, denominada psicosis post-parto. Las razones por

las que se produce no están muy claras. Puede ser el stress, el desajuste hormonal producido durante el embarazo y el posterior parto (las hormonas femeninas circulan abundantemente durante el embarazo y caen bruscamente después).

Además, durante el embarazo suben los niveles de endorfinas, una molécula humana que hace que el cuerpo se sienta bien. Esta molécula también decae tras dar a luz.

- Por último, haber padecido una depresión aumenta el riesgo también. Existen diversos tratamientos. Uno de los más utilizados es la terapia grupal, aunque en ocasiones también es necesario tomar antidepresivos. Respecto a estos fármacos, existe cierto medio de que se puedan transmitir al niño a través de la leche. En general, el único fármaco que da problemas es el litio, que sí se introduce en la leche, por lo que es necesario dejar de amamantar.

La indagación en la historia del paciente es un arma fundamental para que el profesional pueda diagnosticar un caso de depresión. Se debe incluir una historia médica completa, donde se vea cuándo empezaron los síntomas, su duración y también hay que hacer preguntas sobre el uso de drogas, alcohol o si el paciente ha pensado en el suicidio o la muerte. Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado. Para diagnosticar un trastorno depresivo, se deben de dar en el periodo de dos semanas alguno de los síntomas antes tratados. Uno de ellos debe ser el cambio en el estado de ánimo, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

El ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión y el cariño de los familiares y allegados es

importante, como lo es la paciencia, puesto que la falta de ganas y motivación de los enfermos puede provocar la desesperación. Sugerir y no ordenar actividades, proponer y no imponer conversaciones son apoyos básicos a la terapia impuesta por los profesionales. Uno de los problemas más importantes que presenta este grupo es el abandono de las terapias, por lo que es fundamental inducirle a seguir el tratamiento hasta el final.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva o electroshock. En general, el tratamiento farmacológico es necesario. En una primera fase se medica de forma intensa al enfermo para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo. En una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad.

Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro. Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. (Keck, 2006)

3.6. Depresión y tuberculosis

Por otro lado tenemos investigaciones en el extranjero, una de ellas, realizada en Estados Unidos por Westaway y Wolmarans (1992) mencionado en Torres(2002) quienes relacionan depresión y autoestima en enfermos de color, hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis. Estudian 100 casos de negros con tuberculosis (75 hombres y 25 mujeres), empleando el Inventario de Depresión de Beck, así como la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se muestra la existencia de una correlación entre ambas escalas ($r = 0,92$; $p = 0,001$) determinándose que la baja autoestima es un rasgo característico de la depresión.

A nivel de Latinoamérica, el trabajo efectuado en Brasil por Gozzano, J., Domínguez, A., Gambaro y Marcia, R., Antunes Duarte, M. et al (1989) mencionado en torres (2002) donde estudiaron la ansiedad y depresión en 41 pacientes tuberculosos hospitalizados, empleando el cuestionario KDS para medir niveles de ansiedad y depresión. Se encuentran que las variables presentan una relación inversa con las edades, siendo los enfermos con tuberculosis con más de un internamiento, quienes se mostraban más deprimidos que aquellos pacientes que se internaban por primera vez; concluyéndose de manera general, que los pacientes tuberculosos internados se muestran más ansiosos y deprimidos en comparación con los pacientes que no presentan tuberculosis.

Investigaciones realizadas en el Perú por muestran que los pacientes que reciben el esquema de tratamiento para tuberculosis multidrogorresistente alcanzan cuadros depresivos más severos (60%), seguido de los que reciben el esquema I (39.14%),

también refiere que a mayor tiempo de duración del tratamiento, los niveles de depresión tienen mayor intensidad (Valencia, 2003)

3.7. Depresión, familia y aspecto social

Estudios a cerca de depresión y familia, refieren que existen tres características relevantes en la población pobre del Perú que originan la presencia de síntomas depresivos; la pauperización económica, la marginalidad, los bajos niveles de educación y alta incidencia de analfabetismo (Valencia, 2003).

Es de esperar que también existan deficiencias en la alimentación y salud, lo que implica que gran número de personas con escasos recursos económicos estén propensas a contraer tuberculosis pulmonar por sentirse deprimido ante esta situación. (Torres, 2002)

Dentro de los esfuerzos realizados por los profesionales de la psicología, se encuentran los estudios concernientes al desarrollo y prevalencia de los trastornos mentales en la sociedad, incluyendo las patologías generadas por la relación de las personas con los escenarios sociales y sus posibles demandas.

En este orden de ideas se hace comprensible el que estemos presenciando un interés cada vez mayor por la historia y actualidad de la prevalencia de los trastornos afectivos, observando en mayor medida a la depresión, su etiología, sus factores desencadenantes, su aparición en las diferentes culturas, sus manifestaciones dependientes de los rasgos de personalidad, su incidencia sobre el entorno familiar, entre otras características (Blanco, 2013).

Es preciso resaltar la importancia de los recursos de apoyo 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 enfermedad en el paciente y su familia; se debe brindar a la familia el mayor conocimiento acerca de la patología del ser querido, teniendo en cuenta que ocultar información relevante u omitir detalles específicos genera un clima de desconfianza e incertidumbre con respecto al pronóstico del paciente (Blanco, 2013).

3.8. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad pulmonar contagiosa que se trasmite por el aire. Cuando las personas enfermas de tuberculosis tosen, estornudan, hablan o escupen, lanzan al aire microorganismos, conocidos como bacilos de la tuberculosis. Basta con inhalar unos pocos bacilos para resultar infectado. No obstante, no todas las personas infectadas con bacilos de la tuberculosis enferman. El sistema inmunitario mata los bacilos de la tuberculosis, o bien los “aísla”, pudiendo éstos mantenerse en estado latente durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección por los bacilos de la tuberculosis, éstos se multiplican, produciendo la forma activa de la enfermedad y dañando al organismo. Si no recibe tratamiento, cada persona con tuberculosis infecciosa transmitirá los microorganismos patógenos a unas 10 a 15 personas cada año (Valencia, 2003).

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana crónica, prevenible y curable causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Un tercio de la población mundial está infectada por este bacilo. Los pobres y marginados de los países en desarrollo, como Ecuador, son los más afectados. En nuestro país, las personas con tuberculosis

contabilizadas en el año 2009 fueron 4.290, siendo en mayor incidencia y prevalencia la tuberculosis de tipo pulmonar, que es la más contagiosa (Cabanillas-Becerra & Sánchez-Saldaña, 2010).

Es una de las enfermedades más antiguas del mundo, se ha constatado su presencia en restos humanos correspondientes al periodo neolítico. A partir de la década de los setenta, con la aparición de la Rifampicina, disminuyó el número de casos nuevos hasta la década de los 80. Sin embargo constituye un problema creciente a partir de la década de los 90 con la aparición del VIH/SIDA, la inmigración, hacinamiento, adicción a drogas y escasez de los recursos sanitarios.

La tuberculosis (TB) sigue siendo un importante problema sanitario a escala mundial. La cifra estimada de nuevos casos en 2012 fue de 8,6 millones, y 1,3 millones murieron por esta causa (entre ellos 320 000 seropositivos para el VIH).¹ El número de muertes por TB es inaceptablemente elevado, dado que la mayoría de ellas son evitables.

Cerca de 20 años después de que la OMS declarara la TB una emergencia mundial de salud pública, se han hecho importantes progresos hacia la consecución de las metas mundiales fijadas para 2015 en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A dos años de esa fecha, en el Informe mundial sobre la tuberculosis 2013 y en su suplemento Cuenta regresiva para 2015 se evalúan los progresos realizados en la consecución de las metas para 2015 y las medidas de máxima prioridad necesarias para alcanzarlas y seguir progresando más allá de ellas (OMS, 2013).

Si bien es cierto que la tuberculosis se presenta en todo el país, esta adquiere una condición de mayor riesgo en el grupo de migrantes provenientes de zonas rurales de la sierra hacia la selva, o hacia áreas urbano marginales de la costa. (Torres, 2002)

3.8.1. Epidemiología

La incidencia de la tuberculosis ha sido irregular a lo largo de la historia. En la antigüedad, ha habido épocas con relativa baja incidencia y otras en que ha llegado a constituir un auténtico azote, produciendo auténticas epidemias con una altísima mortalidad. A partir de la mitad del siglo XX, su incidencia ha decaído drásticamente y la mortalidad ha bajado hasta el 2/100.000 habitantes / año en los países desarrollados. A pesar de ello, se calcula que existen unos 15 millones de personas tuberculosas. En los últimos años, en ciertas poblaciones de riesgo (VIH y drogadicción) ha habido un recrudecimiento espectacular de la incidencia de esta enfermedad. Según la OMS, la tendencia epidemiológica de la incidencia de TBC sigue aumentando en el mundo, pero la tasa de mortalidad y prevalencia están disminuyendo (Salinas & Suárez, 2013)

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa. La infección se adquiere habitualmente por vía aerógena por inhalación de partículas contaminadas, especialmente mediante las gotitas de Flügge que son proyectadas al toser. Por tanto, el contagio se realiza de persona a persona y por inhalación de polvo desecado del esputo tuberculoso, y es más frecuente en ambientes mal ventilados y en personas que conviven con pacientes tuberculosos. El reservorio lo constituyen las personas enfermas, a veces sintomáticas, pero muchas veces asintomáticas o apenas sintomáticas. Se calcula que cada persona tuberculosa contagia a 2-3 personas al año,

pudiendo llegar hasta 10. Un paciente tuberculoso, si evoluciona hacia la curación, suele permanecer contagioso unos 2 años; si no se cura es contagioso durante toda la vida. Con tratamiento, la tuberculosis se cura actualmente y deja de ser contagiosa aproximadamente en unas 4-6 semanas (el 100% a los 3 meses de tratamiento) (RED de Salud Huarochiri, 2013).

Pero no todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad. El riesgo de desarrollar la enfermedad por parte de una persona infectada viene dado por las condiciones higiénico-ambientales, por la estrechez y persistencia del contacto (cantidad de bacilos inhalados), por la edad (más frecuente en edades tempranas y avanzadas), y por la existencia de enfermedades de bases que puedan deprimir la inmunidad. Son enfermedades de riesgo: diabetes mellitus, uremia, enfermedades infecciosas crónicas, sarampión, etilimos, gastrectomía, SIDA, drogadicción y tratamientos con corticoides o inmunosupresores (Montenegro, 2010).

Se calcula que desarrollan la enfermedad un 10% de las personas infectadas. Los factores que mejoran este porcentaje de infectados que desarrollan la enfermedad son: mejoras en las condiciones de vida (nutrición, higiene, vivienda); vacunación de la población con BCG (protege alrededor del 80% de la población vacunada), y uso de tuberculostáticos en personas contagiadas (Salinas & Suárez, 2013)

3.8.2. Causas de la tuberculosis

La causa principal de la tuberculosis es la infección por agentes patógenos específicos como las bacterias de la tuberculosis. Se trata de bacterias inmóviles estables a los ácidos, en forma de barras (bacilos), cuyo término médico es *Mycobacterium tuberculosis*.

La infección sucede generalmente por contacto directo con las personas que sufren tuberculosis activa. Según el lugar donde esté localizada la tuberculosis, las bacterias alcanzan el exterior a través de la tos con el esputo (tuberculosis pulmonar), los jugos gástricos, la orina (tuberculosis de las vías urinarias) o las heces (tuberculosis intestinal).

Los agentes patógenos se transfieren normalmente por gotitas, es decir, al hablar, estornudar o al toser.

El período de incubación de la tuberculosis, es decir, el tiempo entre la infección del patógeno y la aparición de los primeros síntomas puede durar de semanas a meses, y en la tuberculosis primaria irrumpen por lo general a partir de unas seis a ocho semanas tras la infección con la bacteria de la tuberculosis. La tuberculosis post-primaria puede comenzar incluso años después de la infección. El riesgo de infección es más alto mientras el patógeno es detectable en el microscopio. Un tratamiento eficaz es capaz de eliminar la presencia de la bacteria tras dos o tres semanas.

En un porcentaje muy pequeño de todos los casos de tuberculosis la causa es la bacteria “*Mycobacterium bovis*”. Las bacterias de esta cepa suelen ser transmitidas por ganado infectado. El contagio a los seres humanos se produce a través del consumo de la leche no pasteurizada. La población bovina en Europa Central está muy controlada y libre de tuberculosis por lo que esta forma de contagio de la tuberculosis no es relevante. (Onmeda, 2012)

3.8.3. Síntomas

Los síntomas de la tuberculosis dependen del lugar del cuerpo donde se estén reproduciendo las bacterias que causan la enfermedad. Entre estos síntomas se incluyen:

- Una tos intensa que dura 3 semanas o más
- Dolor en el pecho
- Tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones)
- Debilidad o cansancio
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Escalofríos.
- Fiebre
- Sudor durante la noche (CDC, 2014)

3.8.4. Huésped

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por las microbacterias necesariamente desarrollan la enfermedad, alrededor del 5% de los pacientes expuestos la desarrollan a lo largo de los 2 años siguientes, y entre un 5% y 10% en una fase posterior. La probabilidad de que la infección progrese a una enfermedad activa depende tanto de la dosis infecciosa como del estado inmunológico del paciente. Los grupos vulnerables que están inmunocomprometidos, como los enfermos de SIDA, los que han recibido quimioterapia o terapia

inmunosupresora, tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad o reactivar la infección latente, El enfermo con tuberculosis urogenital elimina gran cantidad de bacilos en la orina, pudiendo generar aerosoles bacilíferos al orinar.

3.8.5. Tipos de Tuberculosis

Tuberculosis Pulmonar

Generalmente surge por reactivación de un foco latente que quedó de la infección inicial.

Sin tratamiento sigue un curso variable, con exacerbaciones; con la quimioterapia apropiada casi siempre se cura. El estado clínico depende más bien de la presencia o ausencia de báculos de los bacilos tuberculosos en el esputo, y también de la naturaleza de los cambios en la radiografía de tórax.

Tuberculosis Extra pulmonar

Es menos común que la pulmonar, incluye meningitis tuberculosa, tuberculoso hematógena aguda (miliar), que afecta los ganglios linfáticos, pleura, pericardio, riñones, huesos, y articulaciones, laringe, piel, intestinos, peritoneo u ojos (Montenegro, 2010).

3.8.6. Prevención

La fuente de infección es el enfermo con Tuberculosis pulmonar o laríngea, que elimina bacilos en sus secreciones. El mayor riesgo de contagio lo representan los pacientes con examen directo de esputo positivo. Aquellos con baciloscopía de esputo negativa pero con crecimiento bacilar en el cultivo también contagian, aunque en menor medida, deben ser estudiados también.

Contactos son todas las personas expuestas ó relacionadas con el caso índice o inicial que se define como el primer caso conocido de Tuberculosis de cada grupo, y que da comienzo a la evaluación de los contactos (Valencia, 2003).

3.8.7. Contactos

Los contactos se clasifican como contacto de:

Alto riesgo: conviviente en vivienda, institución cerrada, sección laboral o educativa con contacto diario de 6 ó más horas diarias y permanente o con inmunodeficiencia⁶⁸.

Mediano riesgo: iguales condiciones pero de duración diaria menor de 6 h.

Bajo riesgo: contactos esporádicos.

Las personas inmunocomprometidas son consideradas como de alto riesgo, independientemente de la frecuencia del contacto.

Es impostergable el estudio de todos los contactos de alto y mediano riesgo de pacientes bacilíferos, y deseable el de los no bacilíferos.

Todo estudio de foco debe incluir:

- Registro de todos los contactos a estudiar.
- Examen clínico exhaustivo.
- Prueba tuberculínica.
- Examen radiológico de tórax.
- Examen bacteriológico en sintomáticos respiratorios.
- Laboratorio de rutina.

Examen clínico exhaustivo:

En niños se debe prestar atención sobre la vacunación BCG, observación del carné de inmunizaciones y presencia de cicatrices y/o nódulos vaccinales. Tanto en niños como en adultos, se debe investigar la presencia de manifestaciones respiratorias y extrarrespiratorias como eritema nodoso y queratoconjuntivitis flictenular, búsqueda de ganglios periféricos, lesiones cutáneas y mucosas.

(Montenegro, 2010)

3.9. Soporte social

Un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (efectos protectores):

- al promover el dominio emocional,
- al proporcionar orientación y consejo,

3.10. Componentes del Soporte Social

3.10.1. Redes sociales

Es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad.

Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que "las redes sociales proveen un número de funciones soportivas a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan", tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación

significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal (Terol, et al., 2004)

3.10.2. Soporte social percibido

Es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes (Terol, et al., 2004).

3.10.3. Soporte social efectivo

Está referido a las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades.

El énfasis en las distinciones entre los conceptos de soporte social no ha intentado dañar ninguna significación importante entre ellas. Heller y Swindle proveyeron un modelo de soporte social y afrontamiento de la situación que describía las situaciones entre las conexiones del medio ambiente social, soporte percibido y soporte previsto buscado.

En este modelo la disponibilidad de las conexiones sociales (redes) contribuyen a que el individuo perciba que puede confiar en otros para ayuda o sustento emocional. Además la disponibilidad percibida del soporte es relativa a la decisión individual de buscar soporte y por último para la previsión de soporte por aquellos individuos que son capaces de cubrir la asistencia necesitada. Este es un modelo útil para diseñar distinciones entre; redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo, y al mismo tiempo describir sus interrelaciones (Terol, et al., 2004).

3.11. Características por falta de soporte social

- Necesidad de apoyo
- Falta de ayuda
- Inseguridad
- Falta de apoyo emocional
- Necesidad de consuelo
- Inseguridad de amigos
- Incomprensión
- Sentimiento personal
- Decisiones
- Amistades (Vivaldi & Barra, 2012)

3.12. Tipos de Redes de Soporte Social

Cada grupo social ofrece a sus miembros una variedad de redes, cada cual con funciones de soporte social. Entre las redes de soporte social tenemos claramente definidas y con características propias las siguientes (Vivaldi & Barra, 2012):

3.12.1. Formales

Son los servicios profesionales fomentados directa o indirectamente por el estado. La característica principal de esta red es que operan bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda, presentan normas formales sobre los planteamientos de ayuda, hay un trato establecido independientemente de las características de los sujetos. Entre estas redes tenemos: Escuelas, Establecimientos de salud privados y estatales, etc.

En nuestro país, el problema de las redes formales se refleja en que el acceso a los

servicios profesionales, resultan inaccesibles o no satisfactorios a un alto porcentaje de la población, especialmente a los de bajos recursos económicos; siendo muchas veces insostenibles a las diferencias culturales o necesidades particulares que brindan poco margen de participación a las personas que acuden a dichos servicios.

3.12.2. Informales:

Son las fuentes de contacto y asistencia dadas por la familia, parientes, amigos, vecinos. Se incluyen en este tipo de redes las actividades de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado.

Cada una de éstas relaciones sociales identifican diferentes tipos de ayuda o asistencia, así, el soporte brindado por el grupo familiar está basado en la intimidad o en las obligaciones formales para bienes y servicios.

Las interacciones amicales están basadas en la reciprocidad, los amigos son capaces de compartir problemas involucrando al grupo de pares con similares intereses y experiencias. Los vecinos proporcionan ayuda a través de tareas instrumentales, por ejemplo ayudando en situaciones de emergencia.

Por último los compañeros de trabajo pueden proveer instrucciones y retroalimentación sobre el adecuado desempeño laboral y proporcionar apoyo indirecto sirviendo como modelo de comparación social.

3.13. Factores interactuantes en el soporte social

Vivaldi y Barra (2012) refieren que el soporte social constituye un proceso que involucra una interacción entre: estructura social, relaciones sociales, roles sociales, y atributos personales.

Las estructuras sociales son las que proveen el contexto para el desarrollo de las actividades sociales, por ejemplo: el colegio, las organizaciones del trabajo, la vecindad, la familia y asociaciones voluntarias.

Las relaciones sociales son la variedad de interacciones que se dan en las diferentes estructuras sociales es fundamental para la creación de sentimientos de valor y pertenencia, que alientan el desarrollo de habilidades para afrontar las tareas de la vida. Sin embargo, las relaciones sociales no siempre acrecientan la autoestima o autocompetencia y pueden también socavar la autoestima, y de hecho lo hacen, por lo que no constituyen un sinónimo de soporte social.

Los atributos personales es entendido como la percepción del soporte y, el mantenimiento de las relaciones soportivas dependen también de los atributos personales. Las características personales determinan la variedad de necesidades y demandas de soporte, así como la variedad de acciones de soporte que se pueden ofrecer. Así, por ejemplo; en investigaciones llevadas a cabo por Fisher y Nadler, se notó que recibir ayuda de otros puede ser visto como una amenaza a la autoestima, la ayuda de otra persona similar puede activar sentimientos de inferioridad y dependencia.

Esto es especialmente válido para individuos de alta estima, quienes piensan favorablemente de sí mismos. Fisher y Nadler encontraron que los individuos de alta estima veían la ayuda de otros similares como amenazantes, mientras que aquellos con baja estima no lo veían así (Martínez, et al., 2010).

3.14. Factores que influyen en el soporte social

Entre los factores que influyen en el soporte social se mencionan variables de personalidad tanto del receptor como las del dador de ayuda. También son importantes las características del agente estresante y del ambiente social.

Las características ambientales se refieren a aquellas que describen el aspecto físico, la estructura organizacional del ambiente o ecología social del individuo, así como las características de las redes sociales.

La situación estresante puede ser categorizada según su intensidad, duración y ambigüedad además se considera en que momento de la vida ocurre el estrés y el tipo de riesgo personal que involucra o la evaluación del grado de amenaza del agente estresor.

En las variables de personalidad de los que proporcionan soporte se encuentran, el grado de perceptibilidad y motivación como las habilidades para brindar ayuda.

Las variables individuales que influyen en el soporte social pueden ser: la edad, el sexo, el nivel de autoestima, la necesidad de afiliación, la tendencia a relacionarse con otros o sociabilidad, las habilidades sociales, carencia de ansiedad, la capacidad del individuo para solucionar situaciones problemáticas, el sentimiento de control o foco de control, etc. (Vivaldi & Barra, 2012)

3.15. Dimensiones del soporte social

3.15.1. Soporte social en familia:

Es interesante en este tipo de estudios es que el apoyo de los miembros de la familia y otros íntimos parece venir desproporcionadamente de las mujeres, no importa si el que recibe la ayuda es una mujer o un hombre. En las culturas

occidentales, madres, hijas y nueras son los proveedores primarios de apoyo, mientras los miembros de la familia varones a menudo no consideran dar tal apoyo como parte de su responsabilidad ya que es básico y fundamentalmente para el apoyo de un enfermo de tuberculosis ya que ellos son los que perciben todo lo que sus familiares les brindan en el transcurso de su enfermedad. (García, 2013).

3.15.2. Soporte social en amigos

La naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectados con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos en general.

Las investigaciones sobre el apoyo han puesto en evidencia la importancia de las relaciones íntimas con familiares y amigos como factor que modera de manera directa los efectos del estrés y influye de manera indirecta sobre diversas variables como los eventos vitales dañinos o amenazantes, disminuyendo sus impactos negativos.

Aunque la índole y desarrollo de los lazos íntimos que se establecen con la pareja y familiares cercanos tienen o juegan un importante papel en el proceso salud-enfermedad y en el bienestar de los individuos, nos referimos aquí de manera particular a las relaciones de amistad y a su significación como fuente de apoyo social, promotora del bienestar físico y psicológico. (Saldivar, 2015).

3.16. El soporte social en la Tuberculosis

La tuberculosis pulmonar no debería ser limitada sólo a un fenómeno negativo en la vida del sujeto. La percepción de los hechos que el individuo realiza dependerá en gran parte de factores que ni son leídos de la realidad externa ni tampoco fruto de su

elaboración intelectual. Hay una percepción social de los hechos como miembros de una comunidad cultural nos hallamos instalados en corrientes sociales de interpretación cuyos móviles, resortes y funciones están integrados al cuerpo social.

A estos modos de conocimientos socialmente originados, utilizados y compartidos para orientar nuestras percepciones se les denomina "representaciones sociales". Estas representaciones tienen un abanico de funciones que cumplir: defensa de la identidad social de los sujetos, integración de fenómenos nuevos, orientación de la conducta y facilitación de la comunicación. Las representaciones sociales involucran tantos aspectos de manipulación más complejos o llegado el caso, nula como son los valores tradicionalmente transmitidos, los sentimientos ético-estético y las ideologías.

Por esta razón el campo de las representaciones sociales no se reduce a cuestiones intelectivas instrumentales, ni a campos cognitivos puramente racionales, sino que integran también instancias culturales socialmente adquiridas: no sólo percibimos y pensamos con ella sino y esto es importante, desde ellas. (Torres, 2002)

Las representaciones sociales constituyen, así, escenarios en los que se ordena la percepción de los fenómenos de la realidad y la conducta correspondiente y esto nos comprometen.

La tuberculosis pulmonar tiene una representación en el sentido común de la persona cuando reconoce que está enferma, así pues refieren que enfermaron por "no haber comido bien, estar anémico, trabajar en exceso, ha tomado muchas bebidas heladas, ha tenido muchas penas o frustraciones, no se abrigó bien, etc..." resultando difícil al inicio la aceptación y comprensión de que fue contagiado por alguna persona de su entorno

social, la cual está portando el bacilo en su saliva. Todo esto se constituye en una forma de representación social errada que afecta al individuo y su red social.

El problema se hace más agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente consciente. De una u otra forma las representaciones sociales que se hacen los familiares y amigos del enfermo con tuberculosis pulmonar son negativas. Cargadas de censura provocando en la persona afectada respuestas emocionales como: la vergüenza, la culpa, el retraimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado, lo cual muchas veces lo lleva a un estado de tristeza, desamparo, soledad, porque conoce bien que la comunidad lo señala, intentando excluirlo, los considera peligrosos y hasta ellos mismos tendrán que tomar ciertas precauciones para evitar contagiar a los miembros de su familia.

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el enfermo contagiado con tuberculosis. (Valencia, 2003)

4. Modelo de enfermería

Los modelos de enfermería usados en soporte social, entendido como el soporte de las relaciones humanas o interpersonales es el modelo de Hidelgard Peplau, quien define la enfermería como proceso interpersonal, puesto que su objetivo es promover la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva productiva personal y en

comunidad, el proceso interpersonal es terapéutico, funciona en cooperación con otros procesos humanos para hacer posible el estado de salud. (Marriner, 2004).

Peplau nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales

La publicación en 1952 de H. Peplau “Relaciones Interpersonales en Enfermería” creó un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental, la importancia de la enfermera durante el "proceso interpersonal" que define como terapéutico y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. A medida que el proceso terapéutico interpersonal entre enfermera-paciente se desarrolla desde extraños a colaboradores, el paciente y la enfermera clarifican sus roles, alcanzan una comprensión mutua de los problemas del paciente e identifican sus propósitos.

Hidalgard Peplau basa su modelo de enfermería en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y busca proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana.

La teoría interpersonal de enfermería se centra en la relación enfermera-paciente, desarrollar una relación eficaz significa que la enfermera debe aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la

enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

5. Definición de términos

5.1. Depresión

La depresión es un trastorno mental común, se valora por medio de criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), los síntomas suelen presentarse como estados de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa entre otros (Borda, et al., 2013).

5.2. Soporte social

Es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes (Terol, et al., 2004).

5.3. Soporte de amigos

La naturaleza social del ser humano hace que su bienestar psicológico y su salud física se encuentren fuertemente interconectados con la calidad de sus relaciones interpersonales y sus contactos sociales significativos en general. Es el soporte en las relaciones de amistad cercanos al paciente como fuente de apoyo social, promotora del bienestar físico y psicológico y que juegan un importante papel en el proceso salud-enfermedad y en el bienestar de los individuos (Saldivar, 2015).

5.4. Soporte familiar

Es el soporte de los miembros de la familia fundamental para el apoyo de un enfermo de tuberculosis ya que ellos son los que perciben todo lo que sus familiares les brindan en el transcurso de su enfermedad. (García, 2013)

Capítulo III

Materiales y métodos

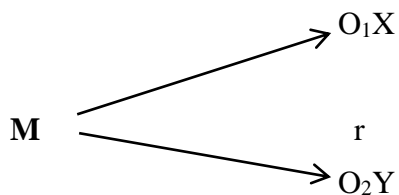
1. Metodología de la investigación

El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo correlacional, describiendo las variables Depresión y Soporte Social, para luego relacionar dichas variables (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2010).

Según Hernández et al. (2006) el diseño de la investigación es no experimental, transeccional o transversal; ya que no existe manipulación activa de alguna variable y se busca establecer la relación de variables medidas en una muestra en un único momento del tiempo (Valderrama, 2002).

Según Charaja (2004) el bosquejo siguiente corresponde a los trabajos descriptivos correlacionales.

Donde:



M = Muestra de pacientes con tuberculosis.

X = Depresión.

Y = Soporte social.

r = Correlación entre las dos variables de estudio.

2. Formulación de hipótesis

2.1. Hipótesis general

Existe relación indirecta y significativa entre depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015

2.2. Hipótesis específicas

- a. Existe relación indirecta y significativa entre depresión y soporte social de amigos en pacientes con tuberculosis pulmonar
- b. Existe relación indirecta y significativa entre depresión y soporte social de familia en pacientes con tuberculosis pulmonar

3. Variables de la investigación

3.1. Identificación de las variables

Primera variable de estudio: Depresión

Segunda variable de estudio: Soporte social

3.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Primera variable Depresión	Depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de la tristeza o pérdida del interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima.		Depresión	Tristeza Irritabilidad Pesimismo Sensaciones fracaso Insatisfacción Culpa Expectativa de castigo Auto desagrado Auto acusación Ideas suicidas Llanto Separación social Indecisión Cambio de imagen corporal Retardo laboral Insomnio Fatigabilidad Anorexia o bulimia Pérdida de peso Precepción Psicosomático Pérdida del libido	0-9 depresión ausente o mínima 10-18 depresión leve 19-29 Depresión moderada 30-63 Depresión grave

Segunda	El soporte social connota el intercambio de sentimientos positivos, confianza emocional y ayuda de diferentes tipos de individuos semejantes.	El soporte social se basa en el intercambio de sentimientos positivos con la familia y amigos	Familia	Necesidad de apoyo Falta de ayuda Inseguridad Falta de apoyo emocional Necesidad de consuelo Inseguridad de amigos Incomprensión Sentimiento personal Decisiones Amistades	La los baremos se aplicará la escala de estanones.
Variable					
Soporte social			Amigos		

4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se realizó con los pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, ubicado en el departamento de Puno, en la zona urbano marginal, en la parte Nor-Oeste de la ciudad de Juliaca.

5. Población y muestra

5.5. Población

La población estuvo constituida por pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

La población estuvo constituida por 36 pacientes registrados y que acuden al programa de TBC de la Micro Red Santa Adriana.

5.6. Determinación de la muestra

La muestra estuvo conformada por el 31 pacientes atendidos, se utilizó un muestreo no probabilístico intencional considerando criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes inscritos en el programa de Tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana
- Pacientes que acepten voluntariamente su participación.

Criterios de exclusión

- Pacientes no inscritos en el programa de Tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana
- Pacientes que no acepten voluntariamente su participación.

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

6.1. Determinación de la muestra

Según Valderrama (2002) se utilizó la técnica de la encuesta, aplicando el Inventario de depresión de Beck y la escala de soporte social MSPSS.

La escala MSPSS está compuesto por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en las áreas de familia y amigos. Su escala de respuestas corresponde a una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados fueron 1= casi nunca, 2= A veces, 3= con frecuencia y 4= siempre o casi siempre. La confiabilidad de la MSPSS fue calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach, el cual fue de .86 para la escala total (Arechabala & Miranda, 2002).

Los ítems para la dimensión de familia son: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10 y 11. Los ítems para la escala de amigos son: 6, 7, 9 y 12.

El inventario de Depresión de Beck fue creado y publicado por Aaron Beck en 1961 está compuesto por 21 ítems que presentan una valoración de 0 a 3 puntos diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona evaluada tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En este estudio se utilizó la versión española del BDI, la cual presenta índices de fiabilidad y validez adecuados para pacientes con trastornos mentales.

7. Procesamiento de recolección de datos

Los datos fueron recogidos con autorización de la autoridad respectiva. Antes del recojo de información se darán las instrucciones pertinentes con respecto a la forma de marcar los ítems.

El recojo de la información se realizó en forma colectiva y los resultados se presentarán en tablas de distribución de frecuencias, así como los estadísticos de regresión y correlación.

8. Procesamiento de recolección de datos

Concluida la recolección de datos, se procedió a procesar la información al paquete estadístico SPSS.

Para comprobar la hipótesis planteada, referente a la relación de las variables en estudio se emplearon la prueba de coeficiente de correlación de Pearson y el análisis de ANOVA para validar el modelo matemático de la regresión lineal.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Presentación de los resultados

1.1 En relación a la hipótesis general

Tabla 1

Nivel de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente o mínima	10	32.3	32.3	32.3
Leve	9	29.0	29.0	61.3
Moderada	8	25.8	25.8	87.1
Grave	4	12.9	12.9	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Fuente. Cuestionario de depresión aplicado a los pacientes de la Micro red Santa Adriana.

La tabla 1 muestra los niveles de depresión que presentan los pacientes de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, y se aprecia que el 32.3% presentan un nivel de depresión ausente o mínimo, el 29.0% presenta un nivel de depresión leve; el 25.8% presenta depresión moderada y finalmente el 12.9% presenta una depresión grave, es

decir, la depresión afecta el estado anímico, experimentando sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración.

Tabla 2

Nivel de soporte social que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	9	29.0	29.0	29.0
Moderado	16	51.6	51.6	80.6
Alto	6	19.4	19.4	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Fuente. Cuestionario aplicado a pacientes con TBC de la Micro Red Santa Adriana.

En la Tabla 2 se aprecia que el 51.6% de los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana presentan un nivel de soporte social moderado, el 29.0% presentan un soporte bajo y finalmente el 19.4% presentan un soporte social alto.

1.1.1 Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

1.1.2 Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Soporte social.

Variable y = Depresión.

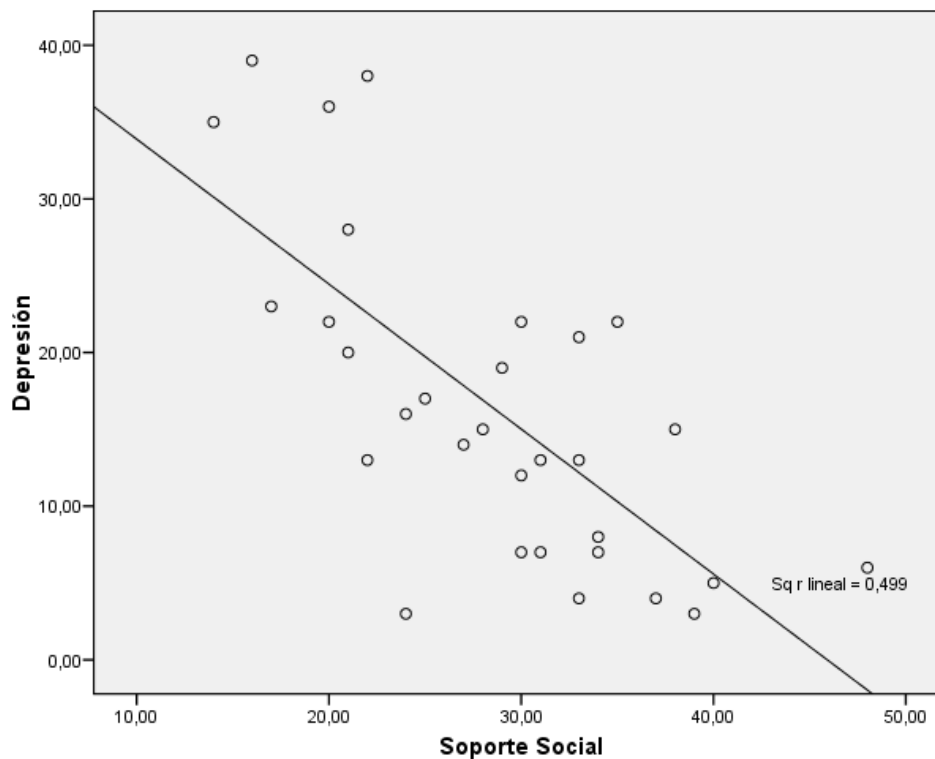


Figura 1. Dispersión de las variables soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana

La figura 1 evidencia una distribución indirecta, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual permite afirmar que existe correlación entre las variables.

1.1.3 Modelo de ecuación de las variables

Tabla 3

Análisis de coeficientes soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	43.323	5.199		8.332	.000
	Soporte Social	-.944	.176	-.706	-5.374	.000

a Variable dependiente: Depresión

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = -.944$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es indirecta (negativa) con una pendiente de -.944.

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 43.323$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 43.323 - .944x$$

1.1.4 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 4

Análisis de correlación entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

		Depresión	Soporte Social
Depresión	Correlación de Pearson	1	-.706(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Soporte Social	Correlación de Pearson	-.706(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

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

Tabla 5

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.706(a)	.499	.482	7.57932

a Variables predictoras: (Constante), Soporte Social

El análisis de correlación determina la existencia de una relación indirecta entre los niveles de soporte social y depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro red Santa Adriana, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.706$, como se observa en la tabla 4; siendo esta relación significativa ($\text{sig} = .000$), por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .499$ indicando que la variación de los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis se explica por la variación del soporte social en un 49.9%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 5.

1.1.5 Estadístico de prueba

Hipótesis

H₀: b = 0: Los niveles de soporte social que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca no es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

H_a: b ≠ 0: Los niveles de soporte social que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de

Juliaca es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

Nivel de error tipo I:

El nivel de significancia fue $\alpha = 0.05$ y correspondientemente el nivel de confianza es del 95%

1.1.6 Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

1.1.7 Estadística de prueba

Tabla 6

Análisis de ANOVA entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1659.160	1	1659.160	28.882	.000(a)
	Residual	1665.937	29	57.446		
	Total	3325.097	30			

a Variables predictoras: (Constante), Soporte Social

b Variable dependiente: Depresión

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.}=0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana (tabla 6).

1.1.8 Toma de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que el nivel soporte social se relaciona con los niveles de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015.

1.2 En relación a la primera hipótesis específica

La tabla 1 muestra los niveles de depresión que presentan los pacientes de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, y se aprecia que el 32.3% presentan un nivel de depresión ausente o mínimo, el 29.0% presenta un nivel de depresión leve; el 25.8% presenta depresión moderada y finalmente el 12.9% presenta una depresión grave.

Tabla 7

Nivel de soporte social de amigos que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	38.7	38.7	38.7
Moderado	13	41.9	41.9	80.6
Alto	6	19.4	19.4	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Fuente. Cuestionario aplicado a pacientes con TBC de la Micro Red Santa Adriana.

En la Tabla 7 se aprecia que el 41.9% de los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana presentan un nivel moderado de soporte social de amigos, el 38.7% presentan un nivel de soporte bajo y finalmente el 19.4% presentan un soporte social alto.

1.2.1 Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

1.2.2 Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Soporte social de amigos

Variable y = Depresión.

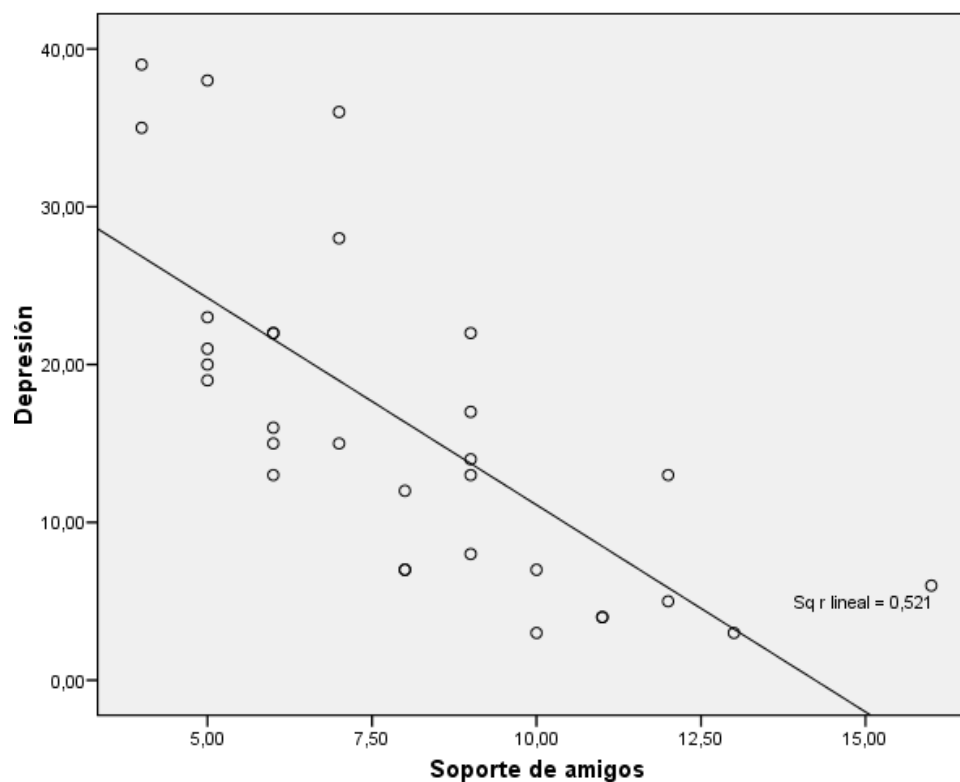


Figura 2. Dispersión de las variables soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana

La figura 2 evidencia una distribución indirecta, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual permite afirmar que existe correlación entre las variables.

1.2.3 Modelo de ecuación de las variables

Tabla 8

Análisis de coeficientes soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	37.339	3.963		9.422	.000
	Soporte de amigos	-2.623	.467	-.722	-5.621	.000

a Variable dependiente: Depresión

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.00 < 0.05$) soporte social de amigos y depresión.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = -2.623$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es indirecta (negativa) con una pendiente de -2.623.

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 37.339$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 37.339 - 2.623x$$

1.2.4 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 9

Análisis de correlación entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

		Depresión	Soporte Social
Depresión	Correlación de Pearson	1	-.722(**)
	Sig. (bilateral)		.000
	N	31	31
Soporte de amigos	Correlación de Pearson	-.722(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	31	31

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

Tabla 10

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.722(a)	.521	.505	7.40755

a Variables predictoras: (Constante), Soporte de amigos

El análisis de correlación determina la existencia de una relación indirecta entre los niveles de soporte social de amigos y depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro red Santa Adriana, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.722$, como se observa en la tabla 9; siendo esta relación significativa ($\text{sig} = .000$), por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .521$ indicando que la variación de los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis se explica por la variación del soporte social de amigos en un 52.1%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 10.

1.2.5 Estadístico de prueba

Hipótesis

H₀: b = 0: Los niveles de soporte social de amigos que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca no es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

H_a: b ≠ 0: Los niveles de soporte social de amigos que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

Nivel de error tipo I:

El nivel de significancia fue $\alpha = 0.05$ y correspondientemente el nivel de confianza es del 95%

1.2.6 Regla de decisión

Rechazar H₀ si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H₀ si $\text{sig} > \alpha$

1.2.7 Estadística de prueba

Tabla 11

Análisis de ANOVA entre soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1733.813	1	1733.813	31.598	.000(a)
	Residual	1591.283	29	54.872		
	Total	3325.097	30			

a Variables predictoras: (Constante), Soporte de amigos

b Variable dependiente: Depresión

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de soporte social de amigos y depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana.

1.2.8 Toma de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que el nivel soporte social de amigos se relaciona con los niveles de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015.

1.3 En relación a la segunda hipótesis específica

La tabla 1 muestra los niveles de depresión que presentan los pacientes de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, y se aprecia que el 32.3% presentan un nivel de depresión ausente o mínimo, el 29.0% presenta un nivel de depresión leve; el 25.8% presenta depresión moderada y finalmente el 12.9% presenta una depresión grave.

Tabla 12

Nivel de soporte social familiar que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en el Programa TBC de la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	10	32.3	32.3	32.3
Moderado	14	45.2	45.2	77.4
Alto	7	22.6	22.6	100.0
Total	31	100.0	100.0	

Fuente. Cuestionario aplicado a pacientes con TBC de la Micro Red Santa Adriana.

En la Tabla 12 se aprecia que el 45.2% de los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana presentan un nivel moderado de soporte social familiar, el 32.3% presentan un nivel de soporte bajo y finalmente el 22.6% presentan un soporte social alto.

1.3.1 Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

1.3.2 Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable x = Soporte social familiar

Variable y = Depresión.

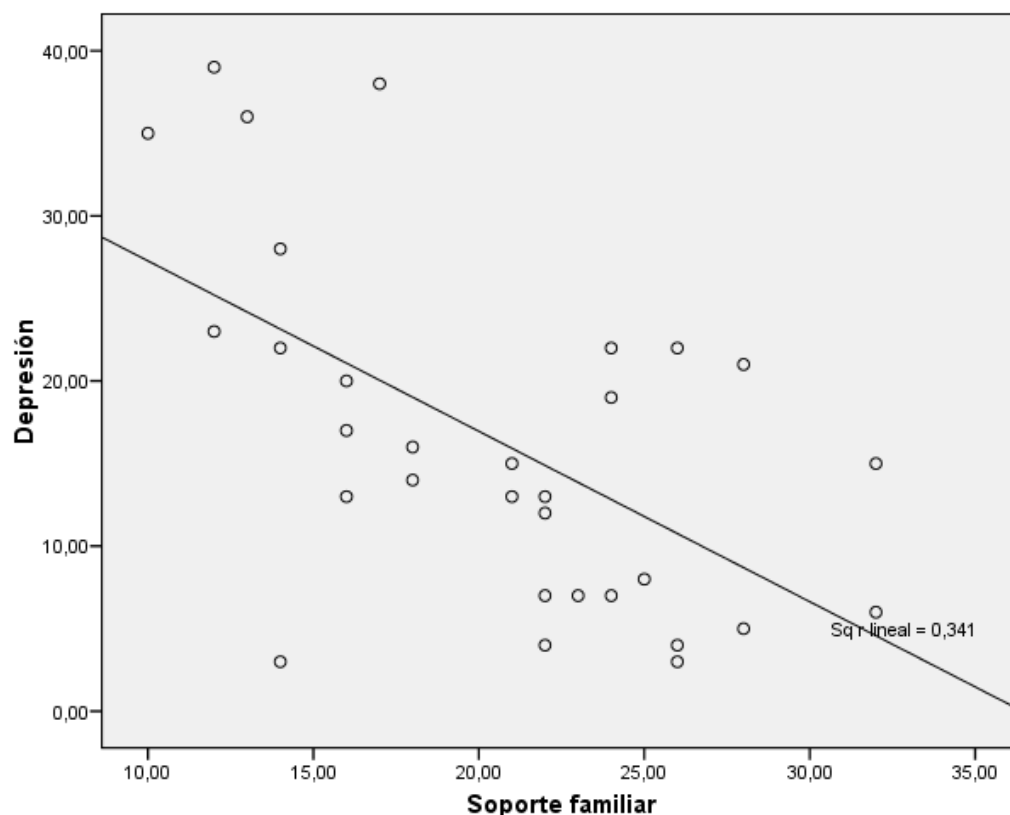


Figura 3. Dispersión de las variables soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana

La figura 3 evidencia una distribución indirecta, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual permite afirmar que existe correlación entre las variables.

1.3.3 Modelo de ecuación de las variables

Tabla 13

Análisis de coeficientes soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
		B	Error típ.	Beta	t	
1	(Constante)	37.590	5.705		6.588	.000
	Soporte familiar	-1.032	.267	-.584	-3.870	.001

a Variable dependiente: Depresión

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.01 < 0.05$) soporte social familiar y depresión.

Donde la pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = -1.032$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es indirecta (negativa) con una pendiente de -1.032.

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 37.590$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 37.590 - 1.032x$$

1.3.4 Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 14

Análisis de correlación entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

		Depresión	Soporte Social
Depresión	Correlación de Pearson	1	-.584(**)
	Sig. (bilateral)		.001
	N	31	31
Soporte familiar	Correlación de Pearson	-.584(**)	1
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	31	31

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

Tabla 15

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.584(a)	.341	.318	8.69561

a Variables predictoras: (Constante), Soporte familiar

El análisis de correlación determina la existencia de una relación indirecta entre los niveles de soporte social familiar y depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro red Santa Adriana, se aprecia un coeficiente de correlación $r = -.584$, como se observa en la tabla 15; siendo esta relación significativa ($\text{sig} = .001$), por otro lado el coeficiente de determinación declara que el $r^2 = .341$ indicando que la variación de los niveles de depresión de los pacientes con tuberculosis se explica por la variación del soporte social familiar en un 34.1%, la cual es significativa como se evidencia en la tabla 15.

1.3.5 Estadístico de prueba

Hipótesis

H₀: b = 0: Los niveles de soporte social familiar que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca no es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

H_a: b ≠ 0: Los niveles de soporte social familiar que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de

Juliaca es significativo para explicar la relación con los niveles de depresión que presentan los pacientes.

Nivel de error tipo I:

El nivel de significancia fue $\alpha = 0.05$ y correspondientemente el nivel de confianza es del 95%

1.3.6 Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

1.3.7 Estadística de prueba

Tabla 16

Análisis de ANOVA entre soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1132.302	1	1132.302	14.975	.001(a)
	Residual	2192.794	29	75.614		
	Total	3325.097	30			

a Variables predictoras: (Constante), Soporte familiar

b Variable dependiente: Depresión

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan indirectamente $\text{sig.}=0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran una relación entre el nivel de soporte social familiar y depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana (tabla 16).

1.3.8 Toma de decisión

Como el valor de $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que el nivel soporte social familiar se relaciona con los niveles de depresión que presentan los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca 2015.

2. Discusión

Gaviria (1983, citado en Torres, 2012) señala que la pérdida de la red de amigos o compañeros es un factor de riesgo para los problemas de salud mental, también menciona que los sujetos que tienen un adecuado soporte social presentan menos síntomas de malestar psicológico en situaciones de crisis o conflicto.

Los resultados de la presente investigación muestran que un gran porcentaje de pacientes con tuberculosis presentan depresión mínima o ausente (32.3%), y existen un 38.7% de pacientes con depresión moderada y grave, es decir, que según la OMS presentan un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2015).

Los resultados guardan relación con los reportados por Riquero (2014) quien menciona que el 31.2% de pacientes con tuberculosis atendidos en Chiclayo Perú, presentan ausencia de depresión y el 22.6% y 19.4% presentan depresión moderada y severa respectivamente.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de

medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión será la segunda causa de incapacidad en todo el mundo en el año 2020 (Rodríguez, 2011). En el mundo, la sufren alrededor de 340 millones. Es el trastorno psicológico más habitual. Al sufrimiento que causa, hay que añadirle otro factor que contribuye a empeorar la calidad de vida de las personas que la padecen: el escaso apoyo que reciben muchas de ellas.

Los resultados en los niveles de depresión guardan relación con los hallados por Arévalo (2010) quien reporta que en Lima se evaluó la sintomatología depresiva mediante la escala de Zung en pacientes ambulatorios con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que acudían a un hospital de Lima. Más de la mitad de los pacientes (51.5%) tenía algún grado de depresión, 21.5% y 5.5% tenían depresión moderada e intensa respectivamente, además se encontró que las mujeres tenían mayores porcentajes de depresión moderada (24% vs. 19%) e intensa (9% vs. 2%) que los hombres. La forma en que la depresión facilita el desarrollo de tuberculosis radicaría en las alteraciones de la respuesta inmune (principalmente inmunidad celular) que se han observado en la depresión.

En los resultados respecto al soporte social en la presente investigación se aprecia que el 51.6% de los pacientes presentan un nivel de soporte social moderado y un 29.0% con un nivel bajo. El soporte social es entendido como la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar, personas que se muestran preocupadas con el individuo, que lo valoran y le demuestran aprecio (Vega & González, 2009). Los resultados obtenidos guardan relación con los reportados por Quevedo et al. (2015), quien

menciona que el mayor porcentaje de pacientes (42.3%) presenta un soporte social alto, seguido del nivel medio (36.5%) y bajo (21.2%) respectivamente.

Cuando el paciente percibe el apoyo, ayuda y preocupación de la familia, se sentirá más confiado y motivado a culminar con el tratamiento para poder recuperarse pronto y reinsertarse a su vida cotidiana, por otro lado, el apoyo social influye de manera directa en el paciente, ya que se sabe que la tuberculosis pulmonar daña su autoestima generando sentimientos de culpa, depresión, resentimiento y vergüenza, ya que son factores que van a influir negativamente en el adecuado cumplimiento del tratamiento (Fabelo, Iglesias, Bachir, Ramirez, & Amador, 2012)

Los resultados reportados por Girón (2014) también guardan concordancia con los reportados en la presente investigación, quien reporta que la actitud del cuidador familiar frente a la enfermedad, el 65.7% es de aceptación, mientras que el 28.6% de indiferencia y también reporta correlación baja pero significativa entre el autocuidado y la actitud del cuidador familiar. Los resultados indican que una actitud de indiferencia repercutirá negativamente en la recuperación de la persona afectada y en la mejoría de su salud, poniendo en riesgo su vida y a sus familiares y comunidad, valorando el soporte social que puedan proporcionar los miembros de la familia y los amigos.

Respecto al nivel de soporte social de amigos el 41.9% de los pacientes muestran un nivel moderado de soporte social de amigos y el 45.2% presentan un nivel moderado de soporte social de la familia; Quevedo et al. (2015) menciona que el 36.5% de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel moderado de soporte familiar y social, guardando relación con la presente investigación. La familia es concebida como un espacio de socialización primaria, de solidaridad y de protección social; también se señala

que el funcionamiento familiar puede influenciar la conducta del individuo tanto de forma positiva como negativa, produciendo comportamientos amigables u hostiles, cooperativos o individualistas, los cuales serán facilitadores o dificultadores en otras relaciones establecidas por el individuo a lo largo de su vida (Gallego, 2012).

No se reporta trabajos de investigación correlacional en los años recientes respecto a las variables de estudio, sin embargo los resultados de la presente investigación determinan que existe una correlación indirecta y significativa entre soporte social y depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar ($r=-.706$), es decir a mayor soporte social menor depresión, resultados que guardan relación con los reportados por Torres (2002).

Los resultados presentados por Dávila, Ruiz, Moncada y Gallardo (2011) quien realizó estudios en estudiantes de odontología, reporta relación significativa entre ansiedad, depresión y apoyo social, los cuales guardan relación con la presente investigación.

Frente a lo mencionado la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye un potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda; sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social. Para las autoras los criterios que definen la integración social de una persona se encuentran, entre otros estar en contacto regular con los vecinos, tener amigos o conocidos en el vecindario y la pertenencia a grupos sociales (Quevedo et al., 2015)

La Tuberculosis Pulmonar en la mayoría de los pacientes causa un “debilitamiento general”, que se manifiesta con poca energía, agotamiento físico para el trabajo y estudio, así mismo, este debilitamiento se asocia a diferentes niveles de discapacidad por parte de los pacientes, con niveles variables de perturbación de sus actividades productivas y sociales y el contar con soporte familiar o no, va a tener algunas repercusiones importantes sobre la salud de las personas ya que ayudan a mantener la salud, amortiguan los efectos negativos que pueden producir ciertos acontecimientos de la vida. Por el contrario, la pérdida o ausencia de soporte en esencia por parte de la familia, asociada a diferentes fuentes de estrés potencian y crean un alto nivel de vulnerabilidad (Quevedo et al., 2015)

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

- El 32.3% y 29.0% de los pacientes con tuberculosis presentan un nivel de depresión mínima y leve respectivamente, el 51.6% presenta un nivel de soporte social moderado; y a un nivel de significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015 ($r = -.706$; $\text{sig} = .000$).
- El 32.3% de los pacientes con tuberculosis presenta un nivel de depresión mínima, el 41.9% presenta un nivel moderado de soporte social de amigos, y a un nivel de significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social de amigos y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015 ($r = -.722$; $\text{sig} = .000$).
- El 32.3% de los pacientes con tuberculosis presenta un nivel de depresión mínima, el 45.2% presenta un nivel moderado de soporte social familiar, y a un nivel de

significancia del 5%, existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de soporte social familiar y depresión en los pacientes con tuberculosis atendidos en la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca, 2015 ($r = -.584$; $\text{sig} = .001$).

2. Recomendaciones

- Al personal de salud de la Micro Red Santa Adriana de la Ciudad de Juliaca, realizar programas de intervención a las familias y amigos de los pacientes con tuberculosis sobre la importancia de la familia y amigos para afrontar dicha enfermedad.
- Al personal de salud de la Micro Red Santa Adriana, realizar programas de intervención a los pacientes con tuberculosis, sobre estrategias de afrontamiento para coadyuvar a la recuperación del paciente.
- A la Dirección Regional de Salud – Puno, campañas de educación en salud preventiva contra la tuberculosis, a través de talleres, folletos o trípticos y resaltar la importancia del soporte social en la recuperación del paciente con tuberculosis y distribuirlos en la comunidad.
- A los profesionales en formación de la Escuela Profesional de enfermería realizar trabajos pre experimentales con un equipo multidisciplinario, para no solo ocuparse de la parte física si no también emocional y psicológico.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, V. R. (2012). *Características de la Tuberculosis en pacientes VIH/SIDA. Reporte de 30 casos*. Rosario, Argentina: Universidad Nacional Del Rosario.
- Arechabala, C. M., & Miranda, C. (2002). Validacion de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertension de la region metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Arévalo, M. (24 de Septiembre de 2010). *Psiquiatría y más*. Recuperado el 23 de Agosto de 2015, de Depresión, interacción familiar y tuberculosis:
http://psiquiatriaymas.blogspot.pe/2010/09/depresion-interaccion-familiar-y_24.html
- Avilés, G. A., & Padilla, A. G. (2013). *La Depresión y sus síntomas claves*. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Licenciado en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. H., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-14.
- Blanco, J. L. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46-51.
- Borda, M., Forero, C., Ahcar, N., Hinestrosa, C., Polo, S., Staaden, M., & Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años

asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394-405.

Cabanillas-Becerra, J., & Sánchez-Saldaña, L. (2010). Tuberculosis colicuativa. *Dermatol Perú*, 188-193.

CDC. (13 de Junio de 2014). *Conozca los signos y síntomas de la tuberculosis*.

Recuperado el 1 de febrero de 2015, de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades:

<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/SintomasTuberculosis/>

Charaja, F. (2004). *Manual de investigación científica*. Lima - Perú: San Marcos.

Crispín, V., Rumiche, J., & Roque, M. (2010). *Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud urbano marginal de Lima 1999-2008*. Lima: Ciencias e Investigacion.

Culqui, D., Trujillo, O., Cueva, N., Aylas, R., & Salaverry, O. (2010). tuberculosis en la poblacion indijena del Peru 2008. *scielo*.

Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147-172.

Fabelo, J., Iglesias, S., Bachir, S., Ramirez, A., & Amador, J. (2012). Percepción de apoyo social por pacientes con enfermedad alcohólica en fase de recuperación. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*.

Gallego, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(35).

Recuperado el 24 de Agosto de 2015, de

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>

García, M. (2013). *El apoyo en familia y a la familia*.

Girón, S. A. (2014). Autocuidado en el adulto multidrogo resistente en tuberculosis pulmonar y actitud del cuidador familiar. *Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud*, 1(2), 229-235.

Gonzales, M. (1984.). *Editorial Celcius. Buenos Aires*. Obtenido de Editorial Celcius.

Buenos Aires:

<http://web.udl.es/usuaris/w4137451/copia%20webresp/teoria/t13/tema.htm>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación*.

Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Jares, R., alvarez, a., lopez, l., Lascurain, R., vasquez, j., & carlos, c. (2012). Calidad de vida y concentraciones séricas de TNF-a en pacientes mexicanos con tuberculosis y trastorno depresivo mayor. *revista latinoamericana de psiquiatria*.

Keck, M. (2006). *Copyright Lundbeck (Suiza) AG*. Obtenido de Copyright Lundbeck

(Suiza) AG: <http://www.depression.com>

Marriner, A. (2004). *Modelos y teorías de enfermería* (Cuarta ed.). Madrid. España:

Brace.

Martinez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. Tesis para optar la licenciatura en Psicología, Universidad de Las Américas, Puebla, México.

Martínez, Z., Páramo, M. F., Tinajeros, C., Guisande, M. A., Castelo, A., Almeida, L., & Rodríguez, M. S. (2010). Adaptación Española de Escala de Evaluación del Soporte Social percibido en Estudiantes Universitarios de Primer Año. *Actas do Congreso Ibérico*, 451-462.

Montenegro, M. (2010). *Guía de tratamiento en pacientes con tuberculosis*.

Nakandakari, M., Rosa, D., Gutierrez, J., & Bryson, W. (2014). tuberculosis en trabajadores de salud : estudio epidemiologico y clinico en el hospital hipolito unanue . *scielo*.

Nunez, M. R. (2012). *Soporte social, familiar y autoconcepto relación entre los constructos*. brazil: psicología desde el caribe.

Nunez, M., Rigotto, M., Ferrari, H., & Marin, J. (2012). *Soporte social, familiar y autoconcepto relación entre los constructos*. brazil: ISSN 0123-417X .

OMS. (octubre de 2012). *organizacion mundia de la salud*. Recuperado el 13 de Febrero de 2015

OMS. (2013). *Informe mundial sobre la tuberculosis 2013*. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO_HTM_TB_2013.15_spa.pdf

OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de Temas de salud: Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Onmeda. (19 de marzo de 2012). <http://www.onmeda.es/enfermedades/tuberculosis-causas-1329-4.html>. Recuperado el 1 de febrero de 2015, de

<http://www.onmeda.es/enfermedades/tuberculosis-causas-1329-4.html>:

www.onmeda.com

- Ordoñez, M. (2013). *factores psicologicos de riesgo por el abandono de tratamiento antifimico en los pacientes que acuden al area de salud* . ecuador: universidad de cuenca.
- Pacheco, M. (2013). *Confiabilidad de dos instrumentos para medir el estilo de vida en pacientes hipertensos en al UMF N° 66 Xalapa, Ver.* tesis para obtener el post grado en la especialidad de medicina familiar, Universidad Veracruzana, instituto Mexicano de Seguridad Social, Veracruz.
- Pezoa, R. (2012). Calidad de vida y concentraciones séricas de TNF-a en pacientes mexicanos con tuberculosis y trastorno depresivo mayor. *revista latinoamerica de psiquiatria* , 127.
- Pillaca, H. H. (2013). *Estrategias de afrontamiento del paciente que asiste a la ESN-PCT en el centro de salud*. Lima: Universidad Nacional mayor de San Marcos.
- Quevedo, L. N., Sánchez, R. L., Villaba, F. K., & Velásquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana*, 8(1), 11-16.
- RED de Salud Huarochiri. (Marzo de 2013). *Boletin Epidemiologico Mensual*. Obtenido de Red Salud Huarochiri Unidad de Epidemiologia:
<http://www.redhuarochiri.gob.pe/pdf/epidemiologia/boletines/marzo-2013.pdf>
- Riquero, P. (2014). *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012*. Tesis para optar el Título de licenciado

en Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina.

Rodríguez, J. (13 de Marzo de 2011). *Fundación Eroski*. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de Más apoyo para las personas con depresión:

<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2011/03/13/199362.php>

Saldivar, D. (1 de Febrero de 2015). *Salud vida*. Recuperado el miercoles de febrero de 2015, de Sitio web de dionisio:

<http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=17839>

Salinas, K. M., & Suárez, I. E. (2013). *Evaluación delapromoción del programa de control de tuberculosis en el área de influencia del Centro de Salud # 3 MSP Santa Rosa, Salinas 2012-2013*. Tesis para optar el título de enfermeras, Universidad estatal Península de Santa Elena, Escuela de Ciencias de la Salud.

Terol, C. L., Neipp, Carmén, M. d., Rodríguez, J., Pastor, M. A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. (U. d. Barcelona, Ed.) *Anuario de Psicología*, 35(1), 23-45.

Torres, M. (2002). *estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratadasm, antes tratados y cronicos en sus niveles de depresion y soporte social*. Lima.

Valderrama, S. (2002). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica*. Lima: San Marcos.

Valencia, A. G. (2003). *Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002*. Tesis para optar el Título de:

Especialista en neumología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos,
Facultad de Medicina Humana.

Vega, O. M., & González, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*(19), versión On-line. Recuperado el 23 de Agosto de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

Vinaccia, s., Quinceno, M., & Fernández, h. (2009). *Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. colombia .*

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). *Bienestar psicologico y apoyo social percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. chile: terapia psicologica.*

White, E. (1998). *El Hogar Cristiano* (Vol. I). Buenos Aires: ACES.

Anexos

Escala de soporte social MSPSS

1= casi nunca, 2= A veces, 3= con frecuencia y 4= siempre o casi siempre.

	1	2	3	4
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)	
<input type="radio"/>	No me siento triste.
<input type="radio"/>	Me siento triste.
<input type="radio"/>	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
<input type="radio"/>	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
2)	
<input type="radio"/>	No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
<input type="radio"/>	Me siento desanimado con respecto al futuro.
<input type="radio"/>	Siento que no puedo esperar nada del futuro.
<input type="radio"/>	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
3)	
<input type="radio"/>	No me siento fracasado.
<input type="radio"/>	Siento que he fracasado más que la persona normal.
<input type="radio"/>	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
<input type="radio"/>	Siento que como persona soy un fracaso completo.
4)	
<input type="radio"/>	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .

<input type="radio"/>	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
<input type="radio"/>	Ya nada me satisface realmente.
<input type="radio"/>	Todo me aburre o me desagrada.
5)	
<input type="radio"/>	No siento ninguna culpa particular.
<input type="radio"/>	Me siento culpable buena parte del tiempo.
<input type="radio"/>	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
<input type="radio"/>	Me siento culpable todo el tiempo.
6)	
<input type="radio"/>	No siento que esté siendo castigado.
<input type="radio"/>	Siento que puedo estar siendo castigado.
<input type="radio"/>	Espero ser castigado.
<input type="radio"/>	Siento que estoy siendo castigado.
7)	
<input type="radio"/>	No me siento decepcionado en mí mismo.
<input type="radio"/>	Estoy decepcionado conmigo.
<input type="radio"/>	Estoy harto de mi mismo.
<input type="radio"/>	Me odio a mi mismo.
8)	
<input type="radio"/>	No me siento peor que otros.
<input type="radio"/>	Me critico por mis debilidades o errores.
<input type="radio"/>	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

<input type="radio"/>	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9)	
<input type="radio"/>	No tengo ninguna idea de matarme.
<input type="radio"/>	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
<input type="radio"/>	Me gustaría matarme.
<input type="radio"/>	Me mataría si tuviera la oportunidad.
10)	
<input type="radio"/>	No lloro más de lo habitual.
<input type="radio"/>	Lloro más que antes.
<input type="radio"/>	Ahora lloro todo el tiempo.
<input type="radio"/>	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
11)	
<input type="radio"/>	No me irrito más ahora que antes.
<input type="radio"/>	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
<input type="radio"/>	Me siento irritado todo el tiempo.
<input type="radio"/>	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
12)	
<input type="radio"/>	No he perdido interés en otras personas.
<input type="radio"/>	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
<input type="radio"/>	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
<input type="radio"/>	He perdido todo interés en los demás.
13)	

<input type="radio"/>	Tomo decisiones como siempre.
<input type="radio"/>	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
<input type="radio"/>	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
<input type="radio"/>	Ya no puedo tomar ninguna decisión.
14)	
<input type="radio"/>	No creo que me vea peor que antes.
<input type="radio"/>	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
<input type="radio"/>	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
<input type="radio"/>	Creo que me veo horrible.
15)	
<input type="radio"/>	Puedo trabajar tan bien como antes.
<input checked="" type="radio"/>	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
<input type="radio"/>	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
<input type="radio"/>	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
16)	
<input type="radio"/>	Puedo dormir tan bien como antes.
<input type="radio"/>	No duermo tan bien como antes.
<input type="radio"/>	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
<input type="radio"/>	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
17)	
<input type="radio"/>	No me canso más de lo habitual.
<input type="radio"/>	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

<input type="radio"/>	Me canso al hacer cualquier cosa.
<input type="radio"/>	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
18)	
<input type="radio"/>	Mi apetito no ha variado.
<input type="radio"/>	Mi apetito no es tan bueno como antes.
<input type="radio"/>	Mi apetito es mucho peor que antes.
<input type="radio"/>	Ya no tengo nada de apetito.
19)	
<input type="radio"/>	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
<input type="radio"/>	He perdido más de 2 kilos.
<input type="radio"/>	He perdido más de 4 kilos.
<input type="radio"/>	He perdido más de 6 kilos.
20)	
<input type="radio"/>	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
<input type="radio"/>	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
<input type="radio"/>	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
<input type="radio"/>	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
21)	
<input type="radio"/>	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
<input type="radio"/>	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
<input type="radio"/>	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
<input type="radio"/>	He perdido por completo mi interés por el sexo.

