



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FALTA DE APOYO FAMILIAR  
EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS  
PULMONAR HOSPITAL II VITARTE DE ESSALUD 2020-2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR  
HAROLD CLAESEN VILCHEZ LAVADO**

**ASESOR  
JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA - PERÚ  
2023**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**

**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FALTA DE APOYO  
FAMILIAR EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE  
TUBERCULOSIS PULMONAR  
HOSPITAL II VITARTE DE ESSALUD 2020-2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR**

**HAROLD CLAESEN VILCHEZ LAVADO**

**ASESOR**

**DR. JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## ÍNDICE

	Págs.
<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Índice</b>	<b>ii</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Definición de términos básicos	16
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>18</b>
3.1. Formulación	18
3.2. Variables y su definición operacional	18
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>21</b>
4.1. Diseño metodológico	21
4.2. Diseño muestral	21
4.3. Técnicas y recolección de datos	23
4.4. Procesamiento y análisis de datos	24
4.5. Aspectos éticos	25
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>26</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>27</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de Recolección de Datos	
3. Consentimiento Informado	

NOMBRE DEL TRABAJO

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN Y FALTA DE APOYO FAMILIAR EN EL ABANDONO AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS P**

AUTOR

**HAROLD CLAESEN VILCHEZ LAVADO**

RECuento de palabras

**9756 Words**

RECuento de caracteres

**56109 Characters**

RECuento de páginas

**44 Pages**

Tamaño del archivo

**464.7KB**

Fecha de entrega

**Aug 2, 2023 2:12 PM GMT-5**

Fecha del informe

**Aug 2, 2023 2:13 PM GMT-5**

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 14% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La tuberculosis (TB) pulmonar representa una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el mundo, es la segunda causa de muerte global, que ocasiona deterioro clínico, así como también dificultades sociales y mentales (1).

A nivel mundial la relación entre apoyo familiar y depresión en pacientes con tuberculosis es variado; pues estudios en un Hospital Docente de la India y en dos distritos del sur de China reportaron abandono de tratamiento de la TB en aquellos con red de apoyo familiar insuficiente del 78% y 53,8%, respectivamente (2,3).

Según el último informe de TB del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC - 2018) la tasa de incumplimiento o interrupción del tratamiento es de 12.6% (1098 casos) y se encuentra atribuida en la mayoría de casos a acontecimientos adversos y rechazo (4).

El Centro de atención médica terciaria en el suroeste de Nigeria encontró que la falta de apoyo familiar lleva a dejar el tratamiento en aquellos con tuberculosis 90,1% (5).

En la Clínica Pulmonar del Hospital Estatal de Makassar, Indonesia, los pacientes con tuberculosis experimentan sentimientos de temor, desesperanza y frustración, situación que impactan negativamente en su situación familiar (6).

América Latina no es indiferente a esta realidad y un ejemplo claro de ello son las estadísticas del Centro de Salud San Antonio de Ecuador, que en el 2022 reportó abandono al tratamiento antifímico en el 87.5% de pacientes con tuberculosis entre 20 y 65 años (7).

A nivel nacional la tuberculosis pulmonar es un problema de salud pública con 32 970 casos para el 2020 y sigue en aumento cada año, con altos índices de abandonos de tratamiento según el Ministerio de Salud (MINSU); asociado a la pandemia que restringió en gran medida otorgarles el tratamiento oportuno y se dejó de identificarlos en el 50% de los casos por un periodo de tres meses (8,9).

En Perú, 3 centros de la DIRIS Lima Sur (Trébol azul de San Juan de Miraflores, Daniel Alcides Carrión de Villa María del Triunfo y Materno Infantil San Genaro de Villa de Chorrillos) informaron abandono al tratamiento antituberculoso en el 46.3% de los casos, con una reducción de 18.44% en el periodo pandémico (2019: 54.29% y 2020: 35.85%); sin embargo, se hace hincapié en la posibilidad de sesgo, pues en ese año se redujo la asistencia a los establecimientos de salud, la cantidad de sujetos diagnosticados y la instauración de tratamientos (10).

En otro Centro de Salud de Chorrillos encontraron asociación de abandono al tratamiento como causa a la depresión en pacientes tratados contra la tuberculosis sensible IC95% (11).

En el Hospital II Vitarte de EsSalud, en el año 2021 se reportó 113 pacientes atendidos con tuberculosis pulmonar de los cuales el 10% aproximadamente abandonaron el tratamiento por causas diversas (12), en una visita al programa contra la lucha de la tuberculosis se constató in situ que no existen datos de la influencia de la depresión y apoyo familiar en la TB, es por eso que es prioridad investigar para mejorar el control de la enfermedad y el apego al tratamiento de la estrategia.

El soporte de los familiares es imperantemente emocional, pues a través del incentivo a los pacientes a continuar con el tratamiento, a la asistencia puntual en los exámenes de control, muestras de solidaridad, cariño y afecto, disminuyen los sentimientos de culpa o rechazo a la medicación (13).

El abandono tratamiento antituberculoso es uno de los retos más importantes de la comunidad médica, ya que además de incidir en el deterioro físico del paciente, incrementa las tasas de resistencia bacteriana, el riesgo de contagiosidad, las recaídas y la perpetuación de la enfermedad en la humanidad (14).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cómo influye la depresión y falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar si la depresión y la falta de apoyo familiar influyen en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Establecer la relación entre las características sociodemográficos en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.

Determinar la relación entre la depresión en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.

Determinar la relación entre la falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

El conocimiento y correcta interpretación de las condiciones “depresión y falta de apoyo familiar” permitirá identificar a la población proclive a presentar abandono al tratamiento; además facultará la institución de medidas preventivas y correctivas que garanticen la integridad del paciente y que reduzcan la tendencia epidemiológica de casos, las tasas de resistencia farmacológica y el riesgo de perpetuación.

Por otro lado, la publicación de la investigación admitirá hacer de lo pre existente, teoría que contribuyan al conocimiento.



Definitivamente, este estudio servirá como fuente preliminar de datos teóricos, metodológicos y estadísticos en la creación de futuras investigaciones estructuradas bajo el mismo enfoque temático.

#### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Su viabilidad se basa en la solicitud anticipada de los permisos a las entidades correspondientes y por ser personal de la institución tener acceso a la unidad de archivo.

Además es factible; el investigador dispone de los recursos necesarios, humanos, económicos y materiales indispensables para desarrollar el proyecto y la publicación de sus resultados.

#### **1.5 Limitaciones**

Siendo una de ellas la recopilación de información, al trasladar los datos al instrumento.

Así mismo, es necesario precisar que no se podrán extrapolar los resultados a otros contextos o poblaciones, pues estos solo representarían a la muestra e institución en estudio.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Kumpuangdee et al, publicaron el 2022, un estudio prospectivo, en un centro, con una población de 103 pacientes con tuberculosis pulmonar. Emplearon la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital Tailandés (HADS). Obtuvieron una prevalencia probable de depresión y ansiedad (puntuación  $\geq 11$  de la HADS tailandesa en ambas pruebas) del 7,8% y el 6,8 %, respectivamente. Según en el análisis multivariante, las personas tratadas previamente/recurrentes ( $ORa=7.04$ ;  $p=0.03$ ) y con probable depresión/ansiedad ( $OR=10.12$ ;  $p=0.02$ ) se asociaron con mayor riesgo de un tratamiento fallido. Concluyeron que la presencia de depresión y ansiedad, provoca graves consecuencias en pacientes con tuberculosis pulmonar, al afectar los resultados de su tratamiento (15).

Abdurahman et al. publicaron el 2022, un estudio transversal, con una muestra final de 213 pacientes tuberculosos que estuvieron con tratamiento antituberculoso durante más de un mes. Emplearon la escala de depresión PHQ-9 para determinar la depresión. Obtuvieron que el 72.8% tenía tuberculosis pulmonar y una prevalencia de depresión del 52,1% en pacientes con tuberculosis, entre los cuales el 35,7% lo padecía en un grado leve. Entre los factores asociados a la depresión la fase del tratamiento intensivo ( $ORa=2.56$ ;  $p=0,03$ ) y el apoyo social pobre ( $ORa=4.13$ ;  $p=0.02$ ). Concluyeron que la prevalencia de depresión afectó a más de la mitad de los pacientes con tuberculosis y se asoció con la fase del tratamiento y el apoyo social (16).

Rouf et al. publicaron el 2021, un estudio prospectivo en el que se reclutaron 202 pacientes con tuberculosis de diagnóstico reciente con más de un mes de tratamiento a los cuales se les hizo un seguimiento hasta el final del tratamiento (6 meses después del inicio). Obtuvieron que el 57.4% tuvo tuberculosis pulmonar y 42.6% extrapulmonar. Al inicio del estudio la prevalencia de depresión moderada, grave y severa fue del

50,5%, después de dos meses de tratamiento antituberculoso la prevalencia se redujo a 9,4% (moderada y grave) y al final del tratamiento solo 2,5% (moderada y grave). La depresión después de dos meses guardó relación con los resultados del tratamiento de la tuberculosis (V de Cramer=0.59;  $p<0.001$ ). Estimaron que los pacientes que permanecieron deprimidos durante más de dos meses después del tratamiento tenían un mayor riesgo de fracaso del tratamiento 59 veces mayor que los que no tenían depresión (RP=58.91;  $p<0.001$ ). Concluyeron que la depresión se asocia con al abandono del tratamiento en pacientes tuberculosos (17).

Chen et al. publicaron el 2020, un estudio transversal en el que participaron 481 pacientes con tuberculosis de diagnóstico reciente. Emplearon un cuestionario estructurado en el que se usó escala de Morisky de 8 elementos (MMAS-8). En el análisis de regresión logística ordinal los pacientes cuyos familiares supervisaban regularmente la medicación (OR=0.34;  $p=0.004$ ) y cuyos familiares a menudo los animaban mentalmente (OR=0.13;  $p=0.019$ ) tuvieron más probabilidades de tener una alta adherencia a la medicación. Concluyeron que los pacientes con tuberculosis que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los que contaban con familiares que supervisaban frecuentemente la toma de la medicación y les proporcionaba apoyo emocional (18).

Walker et al. publicaron el 2020, una tesis transversal, que se recopilaron datos de 1279 pacientes con tuberculosis multidrogorresistente. Emplearon el cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9). Obtuvieron una prevalencia del 42.8% de depresión; donde las tasas variaron según el tiempo de tratamiento. Los factores asociados a mayor riesgo en esta población fueron ser mujer y vivir en casa construida con hormigón con un ORa=1.84 y ORa=1.37, respectivamente. Concluyeron que hubo una alta prevalencia de depresión en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (19).

Zainuddin et al. publicaron el 2020, un estudio descriptivo, con una muestra de 820 pacientes con tuberculosis. Se empleó para medir la depresión el examen Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Obtuvieron que el 31.5% de los pacientes presentó depresión. Los participantes que demostraron en su mayoría tener depresión fueron mujeres (38.2%;  $p=0.716$ ); los de edad mayor de 45 años (37.5%;  $p=0.216$ ) y los que tenían estado civil no casado/divorciado (43.5%;  $p=0.244$ ). Concluyeron que la depresión fue más frecuente en los pacientes con tuberculosis de sexo femenino, los que tenían edad mayor a 45 años y los no casados/divorciados, sin embargo, ninguno fue significativo (20).

Dong et al. publicaron el 2020, un estudio transversal, con una muestra de 1057 migrantes internos con tuberculosis pulmonar. Emplearon el índice Family APGAR para medir la función familiar y, la presencia y gravedad de los síntomas depresivos, respectivamente. Encontraron una prevalencia general del 53.8% de síntomas depresivos (38,9 % síntomas depresivos leves y 14,9 % moderados a graves). Los síntomas depresivos guardaron relación con la función familiar ( $p < 0.001$ ). En la regresión logística multinomial, se obtuvo que la función familiar se asoció negativamente con experimentar síntomas depresivos, en comparación con la ausencia de síntomas depresivos ( $p < 0.001$ ). Concluyeron que uno de los factores asociado a mayores probabilidades de síntomas depresivos es la disfunción familiar (2).

Qiu et al. publicaron el 2019, un estudio transversal, que incluyó a 1342 pacientes con tuberculosis. Emplearon una escala de estigma, creada a fines del estudio; la CES-D; la Escala de Morisky (MMAS-8) para medir el abandono al tratamiento, y la escala de Phillips para medir la calidad de vida. Obtuvieron que los síntomas depresivos se correlacionaron negativamente con el abandono al tratamiento ( $r = -0.38$ ;  $p < 0.001$ ) y la calidad de vida ( $r = -0.51$ ;  $p < 0.01$ ) y se correlacionaron positivamente con el estigma relacionado con la tuberculosis ( $r = 0.28$ ;  $p < 0.01$ ). Al controlar el sexo y la edad, los síntomas depresivos se asociaron negativamente con el abandono a la medicación ( $SE < 0.01$ ,  $\beta = -0.43$ ,  $p < 0.01$ ).

Concluyeron que los síntomas depresivos tienen una relación negativa con el abandono al tratamiento (21).

Merino et al. publicaron el 2019, un artículo cuantitativo, transversal de tipo descriptivo, con un ejemplar de 60 pacientes que abandonaron el tratamiento. Obtuvieron que el 71.67% de los pacientes indicó que no recibieron apoyo de nadie durante su tratamiento y un 3.33% contestó que tal vez; solo un 25% indicó que si recibió apoyo. Concluyeron que, en relación al factor apoyo que reciben durante el tratamiento, la mayoría de los pacientes con tuberculosis que abandonaron el tratamiento no recibieron ninguna clase de apoyo (22).

Gong et al. publicaron el 2018, un estudio transversal, con una muestra de 1342 pacientes con tuberculosis pulmonar. Donde emplearon CES-D y el Apgar familiar, para medir la depresión y el factor familiar, respectivamente. Encontraron una prevalencia general de síntomas depresivos en el 48% de los pacientes (34.8% síntomas depresivos leves y 13.2 % de moderados a graves). Según la regresión logística multinomial, una cierta disfunción familiar y la disfunción familiar grave se asoció con síntomas depresivos leves y moderado a severo ( $p < 0.0001$ ) Concluyeron que un factor asociado con los síntomas depresivos fue la disfunción familiar (23).

Yan et al. publicaron el 2018, un estudio transversal con una muestra de 1342 pacientes. Emplearon MMAS-8 y CES-D para medir el abandono al tratamiento y, la presencia y gravedad de síntomas depresivos. Obtuvieron que los pacientes con adherencia baja se encontraban más deprimidos que los pacientes con adherencia media y alta ( $p < 0.0001$ ). Según el análisis de regresión logística multinomial los pacientes con síntomas depresivos graves ( $OR = 3.67$ ;  $p < 0.0001$ ) o leves ( $OR = 1.92$ ;  $p < 0.01$ ) presentaron mayor riesgo de tener una baja adherencia en comparación con aquellos sin síntomas depresivos. Concluyeron que tener algún grado de depresión se relaciona con una baja adherencia al tratamiento (24).

Ambaw et al. publicaron el 2018, un estudio observacional, prospectivo de 14 centros de atención, en el que participaron 648 pacientes adultos tratados por tuberculosis. Obtuvieron que, a los 6 meses, la tasa de abandono del tratamiento fue mayor entre los participantes con probable depresión al inicio que entre los que no la tenían ( $p < 0,05$ ). Mientras que en la tasa de éxito del tratamiento fue menor en aquellos con probable depresión ( $p < 0,001$ ). Según el análisis multivariado, el abandono del tratamiento a los 6 meses se asoció de forma independiente con probable depresión ( $RRa=9,09$ ) y muerte ( $RRa=2,99$ ). Concluyeron que no tratar la depresión en pacientes con tuberculosis se relacionó con abandono del tratamiento antituberculoso (25).

Koyanagi et al. publicaron el 2017, un estudio transversal, con una muestra de 242.952 individuos. Para medir la depresión emplearon los criterios de diagnóstico de la CIE-10 (ICD-10-DCR). Obtuvieron una prevalencia de episodio depresivo entre aquellos con y sin tuberculosis del 23,7% y 6,8% respectivamente ( $p < 0,001$ ). Según el análisis de regresión logística, la tuberculosis se asoció con mayor riesgo de depresión subsindrómica, episodio depresivo breve y episodio depresivo ( $OR=1.98$ ;  $p < 0,0001$ ;  $OR=1.75$ ;  $p=0.0008$  y  $OR=3.68$ ;  $p < 0,0001$ , respectivamente). Concluyeron que los pacientes con tuberculosis tienen mayor riesgo de presentar diferentes tipos de depresión (26).

Mongan et al. publicaron el 2017, una pesquisa transversal, con datos de 30 casos. Recolectaron los datos mediante observación directa y cuestionarios con validez y confiabilidad aceptada. Obtuvieron relación entre las dimensiones del apoyo familiar y cumplimiento del tratamiento en tuberculosos ( $p < 0,05$ ). Concluyeron existencia de relación entre variables (27).

Castro et al. publicaron el 2020, una investigación correlacional, evaluando 38 casos de tuberculosis. Obtuvieron que el 45% tuvieron apoyo familiar medianamente favorable. En relación al tratamiento, el

47% tenían nivel medio de cumplimiento del tratamiento. Entre las variables encontraron una relación moderada y positiva (Prueba de Tau B de Kendall=0.520;  $p<0,05$ ). Conclusión, las variables se correlacionaron (28).

Cayo y Castillo, en 2020, realizaron su investigación correlacional, donde evaluaron a 80 casos de tuberculosis en quienes relacionaron el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento. Encontraron que solo el 27.5% tenían apoyo bueno, luego del 75% tenían buena adherencia. Finalmente demostraron que ambas variables se relacionaban significativamente (29).

Rivera et al. publicaron el 2018, un estudio analítico de casos y controles, en el que incluyeron a 266 participantes (86 casos y 180 controles). Obtuvieron que la falta de apoyo familiar (OR=8.59;  $p=0.000$ ) y social (OR=8.08;  $p=0.000$ ) se asociaron con el abandono del tratamiento. En el análisis multivariado el no contar con apoyo social (OR=19.16;  $p=0.03$ ) fue un factor relacionado al abandono del tratamiento. Concluyeron que el no contar con apoyo familiar y social guarda relación con el abandono del tratamiento en personas tuberculosos (30).

## 2.2 Bases teóricas

### **Tuberculosis pulmonar**

La tuberculosis es causante de una importante morbilidad a nivel mundial y mortalidad, afectando a cualquier grupo de edad y país, además de ser la principal causa de mortalidad por un agente infeccioso (31).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la tuberculosis es descrita como aquella enfermedad causada por el agente etiológico, la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, cuya clínica dependerá del sitio invadido, con mayor frecuencia afecta los pulmones, el cual recibe el nombre de tuberculosis pulmonar, pero también puede afectar a nivel extrapulmonar, es decir a otros órganos (31).

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el informe del quinto año del Plan de Acción Nacional contra la lucha de la Tuberculosis, la clasifica en TB sensible a isoniazida y rifampicina, la TB MDR (multidrogoresistente) es resistente a isoniazida y/o rifampicina. La TB extremadamente resistente a los medicamentos (XDR-TB) es resistente a fármacos del grupo A: Levofloxacino o Moxifloxacino, Bedaquilina y/o Linezolid utilizados como tratamiento para TB-MDR (32).

Bloom et al. menciona que la tuberculosis es un espectro que mantiene una relación estrecha con el sistema inmunitario, al reportarse que de todas las personas infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, solo el 10% va a desarrollar clínica. En personas con un sistema inmunitario deficiente, el 8% de los pacientes desarrollará clínica. La manifestación principal de la tuberculosis activa es la enfermedad pulmonar y los síntomas que pueden presentarse son tos, acompañada de sangre en el esputo en ocasiones; dolores en el pecho; debilidad; pérdida de peso; fiebre; y sudores nocturnos (33).

El mecanismo de transmisión usualmente es por las vías aéreas, mediante la inhalación de secreciones respiratorias de otras personas infectadas (31).

En la tuberculosis pulmonar, los bacilos producen necrosis caseosa de los tejidos pulmonares, formando cavidades en los pacientes más susceptibles (inmunocomprometidos) (34).

En el Perú, INS reportó que la mayor frecuencia de casos se presenta en Lima y Callao, y a nivel de las regiones, Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Tacna e Ica son los que reportan más casos de tuberculosis (35).

Debido a ello, para el 2030, se fijó como una meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), poner fin a la epidemia causada por esta entidad, esperando reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad entre el 80 y 90%, respectivamente (36).



El MINSA, menciona que, en caso, el compromiso sea extra o pulmonar, se considerará TB pulmonar; por otro lado, la tuberculosis miliar también se incluye en la clasificación de pulmonar (37).

El diagnóstico bacteriológico puede ser mediante baciloscopia directa con la técnica de tinción Ziehl-Neelsen o el método de tinción Auramina-Rodamina, mediante la observación de bacilos ácido alcohol resistente-BAAR por campo. O mediante la prueba molecular Genexpert, la cual es recomendada por la OMS, complementaria o en reemplazo de las pruebas usuales en casos probables, los métodos de cultivos son medios sólidos Lowenstein - Jensen, Ogawa y medio líquido MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube) (37).

El diagnóstico clínico está centrado en la identificación de personas con síntomas respiratorios. Los síntomas de tuberculosis pulmonar dependerán del grado de afectación, el cual deberá complementarse con exámenes auxiliares imagenológicos (37).

### **Tratamiento**

Las representaciones de tratamiento se establecen de acuerdo a los resultados de la prueba de sensibilidad.

De acuerdo al MINSA para tratar la TB pulmonar sensible en adultos es gratuita y entregada bajo la supervisión sanitaria, consta de Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E), dividida en dos fases: la primera HREZ de manera diaria por dos meses; y la segunda fase cuatro meses con HR tres veces por semana (37).

El tratamiento para pacientes con TB con infección por VIH, tiene una duración de 6 meses y se divide en dos fases: la primera fase consta de dos meses de tratamiento diario (50 dosis) con isoniacida (H), etambutol (E), rifampicina (R) y pirazinamida (Z); y la segunda fase consta de 4 meses de rifampicina e isoniacida, diario (100 dosis) (37).

### **Abandono al tratamiento**

El MINSA define al abandono antituberculoso a la persona que inicia tratamiento y no lo continúa por 30 días seguidos o más además incluye aquel que toma el tratamiento por menos de 30 días y no lo continúa (37). Además refiere que los pacientes con tuberculosis pulmonar deben tener acceso gratuito al tratamiento con el afán de cumplir con el esquema del tratamiento (37); sin embargo, el abandono al tratamiento no solo depende de este acceso, sino a diversos factores asociados al conocimiento de la enfermedad, la situación socioeconómica, la falta de apoyo social, falta de apoyo familiar o disolución de esta, los efectos secundarios de los medicamentos o intolerancia, así como la vulnerabilidad, marginación, estigma y discriminación, a la que están expuestos los pacientes, siendo situaciones que generan condiciones que favorecen un cumplimiento inadecuado del tratamiento o incluso que lo abandonen, siendo estos también factores de riesgo para tuberculosis resistente, agravando su clínica y dificultando el control de la enfermedad; mencionando además que el tratamiento para la tuberculosis resistente suele ser más costoso y menos efectivo que los usados para la tuberculosis sensible, el tratamiento es prolongado y provoca mayores efectos secundarios (37,38,39,28).

También, debido a la naturaleza crónica de la infección y a sus factores estresantes psico-socioeconómicos puede provocar consecuencias en la salud mental (40,41).

Las intervenciones para evitar el abandono al tratamiento deben considerar los factores que influyen en el paciente, en la comunidad y los propios del sistema de salud que condicionan un inadecuado tratamiento o a una pérdida del seguimiento (37).

### **Depresión**

La depresión es una entidad que afecta el estado de ánimo diferente a lo habitual, afectando de tal forma las respuestas a estos problemas. Si sucede frecuentemente y la intensidad es moderada a grave, se convierte en un

problema que puede causar graves repercusiones en la vida diaria de la persona, alterando la relación consigo mismo y con los que lo rodean, que en el peor de los casos puede llevar al fin de la vida (42).

El estado de ánimo deprimido, según la CIE, se caracteriza por ser aquel sentimiento negativo en el que hay una sensación de vacío, irritabilidad y desesperanza, evidenciándose una pérdida del disfrute o del interés de las actividades que anteriormente eran causa de bienestar (42).

Se estima que a nivel mundial, el 5% de la población adulta padece depresión (31). En el Perú, durante el 2021, el MINSA reportó que se atendieron un total de 313 455 casos de personas con depresión (43).

La depresión, no es generada solo por un factor, sino que es desencadenada por la interrelación de factores sociales, psicológicos y biológicos. Un grupo poblacional que se encuentra en riesgo de padecer depresión son aquellos que presentan eventos vitales adversos y aquellos con enfermedades médicas crónicas. Al mismo tiempo, el ánimo deprimido puede llevar a más estrés y disfunción, y decaer la función vital de la persona afectada (42,44).

En pacientes con tuberculosis, la prevalencia de depresión es relativamente alta. La presencia de esta entidad, los afecta negativamente debido a que limita su capacidad para afrontar el estrés, los efectos secundarios del tratamiento y la vida cotidiana (45).

Las personas con diagnóstico de tuberculosis y enfermedades mentales, tienen mayor riesgo de presentar una asistencia médica deficiente y adherencia al tratamiento con los consiguientes resultados adversos del tratamiento, incluida la morbilidad, la mortalidad, la resistencia a los medicamentos y la transmisión continua de enfermedades (42,46), por tal la depresión tiene relación con la ausencia de apoyo social (47).

## **Apoyo familiar**

Es la interrelación entre los miembros familiares basado en la comunicación y el soporte, con el afán de acompañar la evolución de sus miembros, especialmente en situaciones críticas. Es lo percibido por el miembro de la familia que se encuentra en una situación desfavorecida, evidenciándose el importante papel de la familia frente a eventos que afectan la salud (13).

Suárez et al. planteó que el apoyo familiar percibido tiene gran influencia en la evolución de la enfermedad, contribuyendo en la autonomía y funcionalidad del enfermo (48).

Balcázar-Rincón mencionó que las familias se caracterizan por la dependencia entre sus miembros, por ello cuando alguno de sus miembros padece alguna enfermedad esta puede condicionar la actitud de la familia, generando en ocasiones sentimientos negativos, temor, vergüenza e inseguridad, traduciéndose en actitudes negativas hacia los miembros que padecen la enfermedad (49).

Ojeda, citado por Delfín-Ruiz, menciona que, dentro de las funciones esenciales de la familia, se encuentra el de crear un ambiente de afecto para sus integrantes, así como de garantizar que sus necesidades emocionales sean satisfechas, con respeto, tolerancia y comprensión (50).

Mora y Rojas, citados por Delfín-Ruiz, inciden en la importancia de cómo se produce la dinámica familiar, ya que esta influye en todos los integrantes de la familia, brindándoles las herramientas necesarias para hacer frente a los retos de la vida (50).

Delfín-Ruiz, cita a Abelson, menciona que el papel de la familia puede disminuir o agravar las situaciones de estrés o las amenazantes (50).

Saavedra, citado por Estrada, menciona que la familia brinda herramientas para enfrentar y superar eventos críticos (51).

Para Perdomo, citado por Estrada, una familia funcional es la que afronta las crisis de forma congruente y busca la estabilidad ante las crisis, la cual se logra por el ambiente y los sistemas de apoyo (51).

Hasanah, Makhfudi y Wahyudi, citados por Sukartini, coincidieron que el apoyo familiar influye en el autocuidado de los pacientes con tuberculosis pulmonar, puesto que, al recibir la atención necesaria, apoyo en el área emocional y de forma física, esto genera sentimientos de tranquilidad y actitudes positivas en relación a la evolución de su enfermedad (52).

En relación al abandono al tratamiento, Cedeño plantea que si se garantiza un entorno familiar favorable y de apoyo, disminuirán los problemas de abandono, garantizando de tal forma el éxito del tratamiento (13).

En el estudio de Dueñes, los pacientes con tuberculosis, la falta de apoyo familiar fue un factor importante en relación al incumplimiento del tratamiento (39).

En el estudio de Sukartini, el apoyo familiar tuvo relación con el apoyo social, el conocimiento y las actitudes de autocuidado (52).

## **2.2. Definición de términos básicos**

Caso de tuberculosis: individuo con diagnóstico de tuberculosis, sea pulmonar o extrapulmonar (37).

Caso de tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica: individuo con resultado positivo en muestra biológica (37).

Caso de tuberculosis pulmonar sin confirmación bacteriológica: ausencia de criterios para confirmar TB pulmonar y/o extrapulmonar de forma clínica (37).

Depresión leve: Los síntomas presentados son de intensidad leve, así como sus repercusiones, las cuales no afectan la realización de sus actividades diarias (42).

Depresión grave o severa: Mayor número de síntomas y repercusiones más graves, afectando las actividades de la vida diaria (42).

Abandono del tratamiento antituberculoso: no asistencia al tratamiento por más de 30 días consecutivos o toma el medicamento (53).

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Formulación**

H1: La depresión y falta de apoyo familiar influyen en el abandono al tratamiento de la TB pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2023.

H0: La depresión y falta de apoyo familiar no influyen en el abandono al tratamiento de la TB pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2023.

### **3.2. Variables y su definición operacional**

V. Independiente: Depresión y falta de apoyo

V. Dependiente: Abandono al tratamiento

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría y valor	Medio de verificación
Depresión	Evaluación de depresión en el paciente con tuberculosis pulmonar mediante el Test de depresión de Zung	Cualitativo	Síntomas Afectivos Síntomas físicos Síntomas cognoscitivos Síntomas Psicológicos	Ordinal	No depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Escala de Zung
Falta de apoyo	Evaluación de la falta de apoyo familiar en el paciente con tuberculosis pulmonar mediante el cuestionario de Apgar familiar	Cualitativo	Adaptabilidad Cooperación Desarrollo Capacidad Resolutiva	Ordinal	Buena función familiar Disfunción familiar leve Disfunción familiar moderada Disfunción familiar severa	Cuestionario APGAR familiar
Abandono al tratamiento	Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más incluyendo a aquel que toma el tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa	Cualitativo	Base datos de EsSalud	Ordinal	Abandono tratamiento No abandono tratamiento	Ficha de recolección



Características generales	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se aplica el cuestionario	Cuantitativa	Edad en años	Razón	Años	Cuestionario
	Sexo	Características biológicas que diferencian a varones y mujeres en estudio	Cualitativa	Genero	Nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
	Procedencia	Lugar de residencia del paciente en estudio	Cualitativa	Lugar de residencia	Nominal	Rural Urbana	Cuestionario
	Grado de instrucción	Nivel de estudios más alto alcanzados por el paciente en estudio	Cualitativa	Nivel de educación	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario	Cuestionario

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

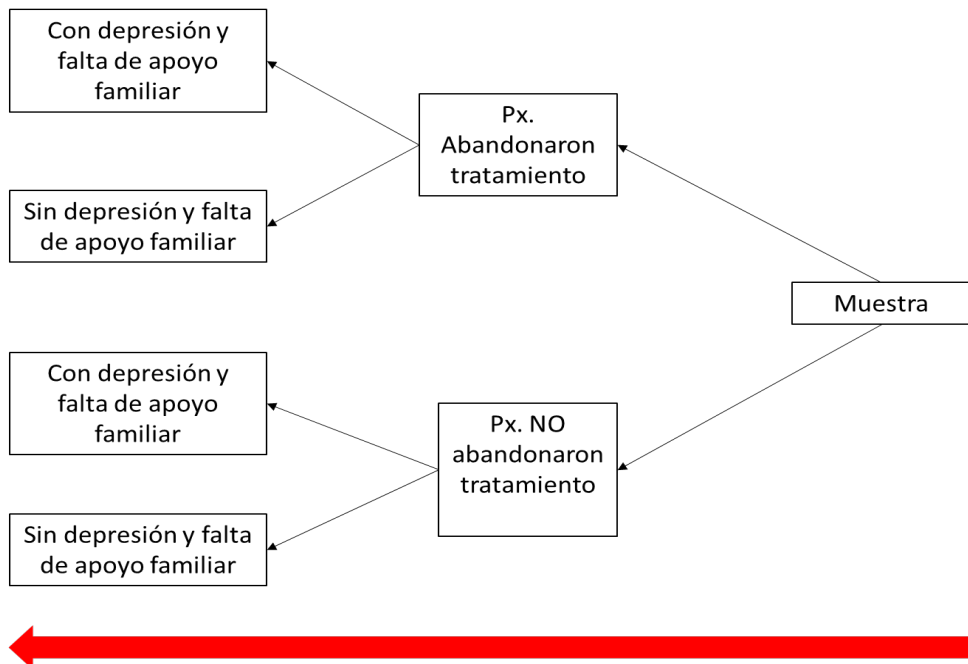
### 4.1. Diseño metodológico

La orientación de estudio es cuantitativa, el tipo de investigación será: observacional, analítico, retrospectivo y transversal.

- Es observacional porque hay no intervención del investigador
- Es analítico por el alcance
- Transversal: porque se miden variables
- Retrospectivo: por el tiempo de datos recolectados:

Adicionalmente, este estudio será de caso-control, es decir que, se demostrará una asociación causal entre las variables, donde de la población un grupo tendrá la patología de estudio y el otro no la tendrá.

Este estudio se diagrama de la siguiente manera:



### 4.2. Diseño muestral

Población universo

Personas con TB pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud

## Población de estudio

Grupo caso: 50 pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento antituberculoso del Hospital II Vitarte de EsSalud, periodo 1° enero 2020 a 31 ° diciembre 2022 a quienes se les aplicará cuestionario de depresión y falta de apoyo familiar.

Grupo control: 100 pacientes con tuberculosis pulmonar que no abandonaron el tratamiento antituberculoso del Hospital II Vitarte de EsSalud, periodo 1° enero 2020 a 31 ° diciembre 2022 a quienes se les aplicará cuestionario de depresión y falta de apoyo familiar.

## Criterios de elegibilidad

### Criterios de inclusión

- Pacientes con TB pulmonar sensible
- Mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos
- Personas incluidos en el programa contra tuberculosis (PCT)
- Personas que acepten participar del estudio y firmen un consentimiento informado.

### Criterios exclusión

- Pacientes con tuberculosis pulmonar MDR
- Con TB pulmonar XDR
- Con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar
- Personas que no acepten participar del estudio
- Pacientes con deterioro cognitivo severo
- Pacientes con alguna discapacidad que le impida llenar los cuestionarios

## Tamaño de la muestra

Como la población estudiada es de acceso fácil, identificados del Programa Contra la Tuberculosis por el sistema de gestión de servicios de salud (SGSS), se considerará a la totalidad de la misma, a 100 pacientes grupo control y

50 grupo casos con tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud, encuestados en el periodo 1° enero 2020 a 31 ° diciembre 2022.

Selección de muestra o muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico y la técnica será censal

#### 4.3. Técnicas y recolección de datos

El instrumento será el cuestionario y para la técnica de recolección se utilizará la encuesta. La primera tendrá la siguiente estructura:

- I. Características generales
- II. Depresión: se evaluará mediante la Escala de depresión de Zung, que mide la sintomatología depresiva y contempla la mayoría de las características de la depresión como los aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos (54). Este instrumento consta de 20 aditamentos con escala de respuesta tipo Likert de 4 valores donde: Poco tiempo =1, algo de tiempo=2, buena parte de tiempo=3, mayor parte del tiempo=4. El puntaje final se obtiene al transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (índice SDS = puntuación X 100/80), en cuyos puntos de corte serian: < 50% no depresión, 50-59% depresión leve, 60-69% depresión moderada, > 70% depresión grave (54).

Mediante análisis factorial se obtuvo una varianza del 43.58%, además presenta una consistencia interna de 0.548 considerándose aceptable (54).

- III. Falta de apoyo: se evaluará mediante el cuestionario Apgar-familiar mide la complacencia de un miembro de la familia en similitud con los cinco elementos básicos del Apgar. La clasificación de los resultados se realizará en base a:

**Tabla 1. Baremos cuestionario Apgar-familiar**

Puntaje	Interpretación
---------	----------------

18-20	Buena función familiar
14-17	Disfunción familiar leve
10-13	Moderada
9 o menos	Severa

Fuente: (55).

En Perú, este instrumento fue validado. Se considera un instrumento confiable: el valor alfa de Cronbach fue de 0.788. Además, mediante el análisis de correlación ítem-test se identificaron asociaciones significativas para cada ítem del instrumento ( $p < 0.001$ ) (56) (57).

- IV. Abandono al tratamiento: se obtendrá mediante la base datos del Hospital II Vitarte de EsSalud entre el 1° enero 2020 a 31° diciembre de 2022.

Una vez identificados a los pacientes que presentaron y no abandono al tratamiento de tuberculosis, el investigador tendrá contacto vía telefónica con ellos, para brindarles toda la información detallada y relacionada con la investigación, con la finalidad de absolver cualquier duda o interrogante que tengan, tras una aceptación verbal de participación, el investigador le enviará un enlace virtual, a su teléfono móvil, el cual corresponderá al instrumento digitalizado con la herramienta virtual Google Forms, el cual será anónima, ya que no se consignarán datos de filiación.

#### **4.4. Procesamiento y análisis de datos**

Uso de programa SPSS 25.

##### **Análisis descriptivo**

VARIABLES CUANTITATIVAS SERÁN ESTIMADAS POR LA MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL (MEDIA/MEDIANA), LA DE DISPERSIÓN (DESVIACIÓN ESTÁNDAR/RANGO INTERCUARTÍLICO) SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN DE DATOS. MIENTRAS QUE LAS VARIABLES CUALITATIVAS ESTARÁN EXPRESADAS POR FRECUENCIAS ABSOLUTAS (N) Y RELATIVAS (%).

### **Análisis inferencial**

Se empleará el test de Spearman y Chi-cuadrado para determinar la asociación entre la depresión, la falta de apoyo familiar y el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar. Se considerará un nivel de significancia del 5%, por ende, resultados del valor-p < 0.05 serán significativos. Además, se realizará el cálculo del OR (Odds Ratio) con el fin de identificar cuáles de estas variables poseen mayor posibilidad de dar resultados al abandono del tratamiento.

### **Presentación de resultados**

Representaremos los resultados en tablas dobles y simples, los gráficos (circulares y/o barras) de acuerdo a la operacionalización de variables. Se hará uso del programa Excel 2019.

#### **4.5. Aspectos éticos**

Evaluación del comité de ética de la USMP y de la entidad hospitalaria.

Se considerarán los principios bioéticos de la declaración de Helsinki, resguardando anonimato, respetando autonomía, contemplando la justicia, así como la beneficencia y no maleficencia.

## CRONOGRAMA

2022-2023											
PASOS	Oct ubre	Novi embr e	Dicie mbre	Ener o	Febr ero	Marz o	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago sto
Documentación final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X	X								
Recolección de Datos				X	X	X	X	X	X		
Procesamiento y análisis de datos										X	
Elaboración del informe										X	
Correcciones del trabajo de Investigación										X	X
Aprobación del trabajo de investigación											X
Publicación del artículo científico											X

## PRESUPUESTO

Concepto	Costos	Costo total
<b>Personal</b>		<b>1400</b>
Secretaria	400	
Digitador	300	
Corrector	150	
Analista estadístico	550	
<b>Servicios</b>		<b>1610</b>
Movilidad	500	
Alimentación (refrigerio)	<b>650</b>	
Fotocopias, anillado, empastado	<b>200</b>	
Internet	<b>160</b>	
Autorización del hospital	<b>100</b>	
<b>Suministros, Insumos</b>		<b>3150</b>
Papel	<b>50</b>	
Folder, archivador, sobres manila	<b>50</b>	
CD, USB	<b>50</b>	
PC	<b>2000</b>	
Otros	<b>1000</b>	
<b>Total</b>		<b>6160</b>



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Online]; 2021. [\[Citado 7 octubre 2022\]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis)
2. Dong X, Zhao L, Sun T, Yun F, Qiui L. Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Factors among Internal Migrants with Tuberculosis: A Cross-Sectional Study in China. *Am J Trop Med Hyg.* [Internet]. 2020; 102(1): 31-35. [Citado 7 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947772/>.
3. Srinivasan G, Chaturvedi D, Verma D, Pal H, Khatoon H, Yadav D, et al. Prevalence of depression and anxiety among drug resistant tuberculosis: A study in North India. *Indian J Tuberc.* [Internet] 2021; 65(4): 457-463. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/34752313>.
4. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. CDC. [Online].; 2020. [\[Citado 12 octubre 2022\]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2020/table12.htm.](https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2020/table12.htm)
5. Ilesanmi O, Adeniyi B, Okunrinboye H, Atoyebi A, Erhabor G. The Prevalence and Factors Associated with Depression among Patients with Pulmonary Tuberculosis at the Federal Medical Center, Owo, Nigeria. *West Afr J Med.* [Internet] 2020; 37(6): 685-690. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33185267/>.
6. Álvarez-López D, Almada-Balderrama J, Espinoza-Molina M, Álvarez-Hernández G. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con tuberculosis pulmonar. *Neumol Cir Tórax.* [Internet] 2020; 79(2). 87-93. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0028-37462020000200087&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0028-37462020000200087&script=sci_arttext).
7. Aquino M. Factores socioculturales que influyen en la adherencia al tratamiento antifímico en los pacientes de 20 a 65 años con tuberculosis. Centro de Salud San Antonio. Santa Elena. 2022. [Tesis de Grado].

- [Internet] Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2022. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7998/1/UPSE-TEN-2022-0042.pdf>.
8. Ministerio de Salud del Perú. En mi Perú se inicia actividades por el día mundial de la lucha contra la tuberculosis. Nota de Prensa. [Online].; 2022. [\[citado 8 de octubre de 2022\]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/349445-minsa-en-mi-peru-se-inician-actividades-por-el-dia-mundial-de-lucha-contra-la-tuberculosis](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/349445-minsa-en-mi-peru-se-inician-actividades-por-el-dia-mundial-de-lucha-contra-la-tuberculosis).
  9. Cardenas J,FJ,SW. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la tuberculosis en el Perú: ¿nos estamos olvidando de alguien? Enferm infecc micobiol Clin [Internet]. 2022; 40(1): 46-47. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X21002354>.
  10. Alarcón A. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la adherencia al tratamiento contra la tuberculosis en el primer nivel de atención, Lima Sur, Perú. [Internet] Lima: Instituto Nacional de Salud; 2021. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://prisa.ins.gob.pe/index.php/acerca-de-prisa/busqueda-de-proyectos-de-investigacion-en-salud/2096-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-en-la-adherencia-al-tratamiento-contra-la-tuberculosis-en-el-primer->.
  11. Jonis-Jiménez M, Guzman-Reinoso R, Llanos-Tejada F. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. Rev Neuro-Psiquiatr. [Internet] 2020; 84(4): 297-303. [Citado 7 octubre de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972021000400297&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972021000400297&script=sci_abstract)).
  12. Seguro Social de Salud (EsSalud). Portal de pacientes atendidos en Programa Contra la Tuberculosis. [Online]; 2022. [\[Citado 12 octubre 2022\]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/ate/](http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/ate/).

13. Cedeño-Ugalde M, Figueroa-Cañarte F, Zambrano-Barre J, Arias-Nazareno C, Santos-Andrade E. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Dom Cien*. [Internet]. 2019; 5(1): 54-68. [Citado 12 de octubre 2022]. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/850>.
14. Hidray F, Mahri M, Eyob F, Mebrahu M, Sibhatu S, et al. Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *Journal of Health, Population and Nutrition* volume. [Internet]. 2018; 37(1): 1-9. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-017-0132-y>.
15. Kumpuangdee S, Roomruangwong C, Ohata P, Suwanpimolkul G. Prevalence of depression and anxiety in pulmonary tuberculosis patients and its association with unsuccessful treatment outcome: A prospective cohort study. *Indian Journal of Tuberculosis*. [Internet]. 2022; 69(3): 1-6. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0019570722000750>.
16. Abdurahman S, Yadeta T, Ayana D, Kure M, Ahmed J, Mehadi A. Magnitude of Depression and Associated Factors Among Patients on Tuberculosis Treatment at Public Health Facilities in Harari Regional State, Eastern Ethiopia: Multi-Center Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2022; 18(1): 1405-1419. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9287458/>.
17. Rouf A, Masoodi M, Dar M, Khan S, Bilquise R. Depression among Tuberculosis patients and its association with treatment outcomes in district Srinagar. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. [Internet]. 2021; 25(1): 100281. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8637130/>.
18. Chen X, Du L, Wu R, Xu J, Ji H, Zhang Y, et al. The effects of family, society and national policy support on treatment adherence among newly diagnosed tuberculosis patients: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. [Internet]. 2020; 20(1): 623. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445902/>.

19. Walker I, Khan A, Khan A, Khan N, Ayub R, Ghias K, et al. Depression among multidrug-resistant tuberculosis patients in Punjab, Pakistan: a large cross-sectional study. *Int J Tuberc Lung Dis.* [Internet]. 2018; 22(7): 773-778. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29914603/>.
20. Zainuddin A, Ramadany S, Santoso A. Depression among Patients with Pulmonary Tuberculosis at the State Hospital of Makassar. *Indian J Community Med.* [Internet]. 2020; 45(4): 531-533. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7877417/>.
21. Qiu L, Tong Y, Lu Z, Gong Y, Yin X. Depressive Symptoms Mediate the Associations of Stigma with Medication Adherence and Quality of Life in Tuberculosis Patients in China. *Am J Trop Med Hyg.* [Internet]. [Internet] 2019; 100(1): 31-36. [Citado 12 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335886/pdf/tpmd180324.pdf>.
22. Merino M, Jiménez D, Vera M. Factores que inciden en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden a los subcentros de salud en la Ciudad de Milagro, 2019. *Más Vita.* [Internet]. 2019; 3(4): 26-32. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/258>.
23. Gong Y, Yan S, Qiu L, Zhang S, Lu Z, Tong Y, et al. Prevalence of Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Patients with Tuberculosis in China: A Multistage Cross-Sectional Study. *Am J Trop Med Hyg.* [Internet]. 2018; 98(6): 1624-1628. [citado 7 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6086169/>.
24. Yan S, Zhang S, Tong Y, Yin X, Lu Z, Gong Y. Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms. *Am J Trop Med Hyg.* [Internet]. 2018; 98(1): 262-265. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5928710/>.
25. Ambaw F, Mayston R, Hanlon C, Medhin G, Alem A. Untreated depression and tuberculosis treatment outcomes, quality of life and disability, Ethiopia.

- Bull World Health Organ. [Internet]. 2018; 96(4): 243-255. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5872008/>.
26. Koyanagi A, Vancampfort D, Carvalho A, DeVylder J, Haro J, Pizzol D, et al. Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries. BMC Medicine. [Internet]. 2017; 15(1): 209. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5704363/>.
27. Mongan R, Fajar S. Relationship between family support and medical compliance in patients with pulmonary tuberculosis in the working area of the Community Health Center of Abeli, Kendari. Public Health of Indonesia. [Internet]. 2017; 3(1): 17-22. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/837/>.
28. Castro C, Cama M, Fernández I. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis. Medisur. [Internet]. 2020; 18(5): 869-878. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99553>.
29. Cayo R, Castillo L. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en pacientes de Mircrorredes – Red Arequipa Caylloma 2019. [Internet]. 2020; 20(6): 123-135. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000500869](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500869)
30. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla C. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Biomédica. [Internet]. 2019; 39(2): 44-57. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84360542007>.
31. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2020: sinopsis [Internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2021. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340396/9789240022652-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

32. United States Agency For International Development (USAID). Combating Multidrug-Resistant Tuberculosis: Year five Report of The national Action Plan. [Online]; 2022. [\[Citado 19 octubre 2022\]. Disponible en: https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/Year\\_5\\_NAP\\_-\\_final\\_508.pdf.](#)
33. Bloom B, Atun R, Cohen T, Dye C, Fraser H, Gomez G, et al. Tuberculosis. [Internet]. In Major Infectious Diseases. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. [Citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525174/>.
34. Silvia A, Juez M, Alamán L, Lisa A, Moreno M. Fisiopatología y diagnóstico de la tuberculosis. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2021; 1(1): p. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiopatologia-y-diagnostico-de-la-tuberculosis/>.
35. Instituto Nacional de Salud. INS presentó resultados de las acciones que desarrolla en su lucha contra la Tuberculosis en el Perú. INS. [Online].; 2022. [\[Citado 18 octubre 2022\]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/ins-presento-resultados-de-las-acciones-que-desarrolla-en-su-lucha-contra-la.](#)
36. Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2020; 44(1): e153. [Citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748296/>.
37. Ministerio de Salud. NTS N° - MINS/DGIESP - 2021. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis[Internet]. 2021. Disponible en: <http://bvspcr.paho.org/share/Correspondencia/normaTecnicaSalud-CuidadoPersonasTuberculosis/NTS.DGIESP.TBC.pdf>.

38. Robledo J. Control de la tuberculosis multirresistente a fármacos: un objetivo posible. *Biomedica*. [Internet]. 2019; 39(3): p. 431-433. [Citado 18 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357360/>.
39. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. *Biomédica*. [Internet]. 2016; 36(3): 423-431. [Citado 18 octubre 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-41572016000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-41572016000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=es).
40. Shen T, Lin C, Liao W, Chen C, Tu C, Hsia T, et al. People with tuberculosis are associated with a subsequent risk of depression. *Eur J Intern Med*. [Internet]. 2014; 25(10): 936-940. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25459212/>.
41. Qiu L, Yang Q, Tong Y, Lu Z, Gong Y, Yin X. The Mediating Effects of Stigma on Depressive Symptoms in Patients With Tuberculosis: A Structural Equation Modeling Approach. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2018; 9(1): 1-9. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6275230/>.
42. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online]; 2021. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
43. Ministerio de Salud del Perú. Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. [Online]; 2022. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>.
44. Gaviria A, Correa L, Dávila C, Burgos G, Osorio E, Valderrama J, et al. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. MINSALUD; Bogotá. 2017. [Citado 7 Octubre 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.

45. Kehbila J, Ekabe C, Aminde L, Noubiap J, Fon P, Monekosso G. Prevalence and correlates of depressive symptoms in adult patients with pulmonary tuberculosis in the Southwest Region of Cameroon. *Infect Dis Poverty*. [Internet]. 2016; 5(51): 2-8. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895984/>.
46. Mason P, Sweetland A, Fox G, Halovic S, Nguyen T, Marks G. Tuberculosis and mental health in the Asia-Pacific. *Australas Psychiatry*. [Internet]. 2016; 24(6): 553-555. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332205/>.
47. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*. [Internet]. 2018; 29(3): 182-191. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
48. Suárez L, Gross R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*. [Internet]. 2019; 98(1): 88-97. [Citado 18 octubre 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
49. Balcázar-Rincón L, Ramírez-Alcántara Y, Rodríguez-Alonso M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. [Internet]. 2015; 20(2): 135-143. [Citado 17 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>.
50. Delfín-Ruiz C, Cano-Guzmán R, Peña-Valencia V. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*. [Internet]. 2020; XXVI(2): 43-55. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>.
51. Estrada E, Gallegos N. Funcionamiento familiar y adicción a redes sociales en estudiantes de educación secundaria de Puerto Maldonado. *Revista San Gregorio*. [Internet]. 2020; 40(1): 101-117. [Citado 7 octubre 2022]. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2528-](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-)





caracterización. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Internet]. 2009; 8(2): 1-19. [Citado 8 octubre 2022]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n2/rhcm17209.pdf>.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta general	Objetivo general	Hipótesis genera	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Influencia de la depresión y falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022	¿Cómo influye la depresión y falta de apoyo familiar con el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022?	Determinar si la depresión y falta de apoyo familiar influyen con el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.	H1: La depresión y falta de apoyo familiar influyen en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.  H0: La depresión y falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.	El enfoque de estudio es cuantitativo, el tipo de investigación será: observacional, analítica, transversal, retrospectivo de casos y controles.	Población de estudio 100 pacientes para grupo control y 50 pacientes para grupo caso con tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud, periodo 1° enero 2020 a 31 ° diciembre 2022.  Muestra 150 pacientes  Procesamiento de datos Media, mediana, desviación estándar, rango intercuartílico, frecuencia absoluta, frecuencia relativa, Chi-cuadrado y OR.	Cuestionario

## 2. Instrumentos de recolección de datos

Influencia de la depresión y falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de la TB pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

---

### I. Características generales

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: ( ) Masculino

( ) Femenino

Procedencia: ( ) Rural

( ) Urbana

Grado de instrucción: ( ) Sin instrucción

( ) Primaria

( ) Secundaria

( ) Superior no universitario

( ) Superior universitario

### II. Depresión

#### ***Escala de depresión de Zung***

Responda marcando con una (X), la respuesta que crea usted que más le conviene.

		Poco tiempo	Algo del tiempo	Buena parte del tiempo	Mayor parte del tiempo
1	Me siento decaído y triste				
2	Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3	Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4	Tengo problemas para dormir por la noche.				
5	Como la misma cantidad de siempre.				
6	Todavía disfruto el sexo.				
7	He notado que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo problemas de estreñimiento				
9	Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10	Me canso sin razón alguna.				

11	Mi mente está tan clara como siempre				
12	Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13	Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14	Siento esperanza en el futuro				
15	Estoy más irritable de lo normal.				
16	Me es fácil tomar decisiones.				
17	Siento que soy útil y me necesitan.				
18	Mi vida es bastante plena.				
19	Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20	Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

Normal	25-49	
Ligeramente deprimido	50-59	
Moderadamente deprimido	60-69	
Severamente deprimido	70 o mas	

### III. Falta de apoyo familiar

#### ***Questionario APGAR familiar***

Marque con una "X" la respuesta que más se adecue a su vida.

FUNCION FAMILIAR	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos			
<b>TOTAL</b>			

Puntaje: \_\_\_\_\_

Buena función familiar	18-20	
Disfunción familiar leve	14-17	
Moderada	10-13	
Severa	9 o menos	

#### IV. Abandono al tratamiento

Base de datos de EsSalud

Abandono al tratamiento antituberculoso		Opciones de respuesta		N°HC
		SI	NO	
1.	Abandona tratamiento			
2.	No Abandona			

### 3. Consentimiento informado

#### **“Influencia de la depresión y falta de apoyo familiar en el abandono al tratamiento de tuberculosis pulmonar del Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022”**

**Propósito del Estudio:** determinar si la depresión y falta de apoyo familiar influyen al abandono del tratamiento de la TB pulmonar de Hospital II Vitarte de EsSalud 2020-2022.

**Procedimientos:** Si acepta participar contestará un cuestionario que le tomará 15 minutos en responder.

**Riesgos y Beneficios:** No existe riesgo por participar, además no tendrán remuneración ni pago por participar.

**Confidencialidad:** Sus datos serán anónimos, no se le solicitará sus nombres en ningún momento.

Se informa que Ud. puede retirarse en cualquier momento de este estudio, o decir no participar si así lo desea sin que ello afecta, de alguna manera, mi salud.

Voluntariamente acepto participar de este estudio.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023

---

**Firma del Participante**

**DNI:**

---

**Firma del Investigador**

**DNI:**