

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y TUBERCULOSIS EN LOS PACIENTES  
QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,  
JULIO A DICIEMBRE 2019

TESIS

Presentada por:

Bach. Miguel Angel Luque Espinoza

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2020

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y TUBERCULOSIS EN LOS  
PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO  
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,  
JULIO A DICIEMBRE 2019

TESIS

Presentada por:

**Bach. MIGUEL ANGEL LUQUE ESPINOZA**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por UNANIMIDAD ante el siguiente jurado:

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Jorge Lopez Claros**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. José Alberto Revilla Urquiza**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Juan Bomaz Acosta**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Eduardo Lopez Villanueva**  
**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

*A mis amados padres, Raúl y Bertha, y mis hermanos, quienes son el motor y motivo de mi existir, gracias a ellos aprendí lo valioso que es la vida, a luchar por mis objetivos, a confiar en mí y sobre todo a no rendirme hasta alcanzar mis metas siempre con humildad.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por darme la vida, el don más  
preciado, por ello con humildad, pongo mi  
vocación y esfuerzo a disposición de la salud  
de la humanidad, porque en tu infinita bondad  
has permitido que realice este trabajo y  
culminar esta meta tan ansiada en el camino  
de la superación profesional.*

*A mis docentes, por haber contribuido en mi  
formación profesional, inculcándome su  
ejemplo, por ser grandes maestros y buenos  
amigos.*

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: .....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN: .....	6
1.4. OBJETIVOS:.....	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
CAPÍTULO II .....	10
MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. ANTECEDENTES:.....	10
2.1.1. INTERNACIONALES:.....	10
2.1.2. NACIONALES:.....	11
2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO: .....	14
2.2.1. TUBERCULOSIS:.....	14
2.2.2. DEPRESIÓN:.....	27

CAPÍTULO III .....	33
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: .....	33
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO: .....	33
3.3. MUESTRA DE ESTUDIO:.....	34
3.3.1. TIPO DE MUESTRA:.....	34
3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:.....	34
3.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	34
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO:.....	35
3.4.1. DETERMINACIÓN DE VARIABLES:.....	35
3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	36
3.5. INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ....	38
3.6. TÉCNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS: .....	41
CAPÍTULO IV .....	42
DE LOS RESULTADOS.....	42
4.1. RESULTADOS:.....	42
4.2. DISCUSIÓN:.....	60
CONCLUSIONES .....	67
RECOMENDACIONES .....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS .....	74

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la tuberculosis y los niveles de depresión a través de las manifestaciones depresivas en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo julio a diciembre 2019.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el tiempo, asimismo el diseño de la investigación es de tipo descriptivo correlacional. Cumpliendo con los criterios de inclusión, la muestra es de 100 personas con tuberculosis. **Resultados:** De los pacientes con tuberculosis, el 15 % no presentaron depresión y el 85 % si llegaron a presentar algún nivel de depresión con predominancia al nivel moderado (40 %), seguido de depresión leve (30 %), depresión severa (10 %) y depresión muy severa (5 %). **Conclusiones:** Hasta un 85 % presentaron algún nivel de depresión con predominancia al nivel moderado (40 %), por lo que si hay una relación entre la variable tuberculosis y depresión. En relación a las características sociodemográficas, los grupos con tendencia a la depresión son adolescentes, mujeres, solteros, con nivel secundario y estudiantes. Con respecto a las características socioeconómicas, hay mayor propensión a la depresión el nivel socioeconómico bajo.

**Palabras clave:** Tuberculosis, niveles de depresión.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship between tuberculosis and levels of depression through depressive manifestations in patients who come to the external office of pneumology to receive anti-tuberculosis treatment at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna in the period July to December 2019.

**Material and Method:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out over time, and the research design is correlational descriptive. Meeting the inclusion criteria, the sample is 100 people with tuberculosis. **Results:** Of the patients with tuberculosis, 15 % did not present depression and 85 % did present some level of depression with a predominance of the moderate level (40 %), followed by mild depression (30 %), severe depression (10 %) and very severe depression (5 %).

**Conclusions:** Up to 85 % presented some level of depression with a predominance of the moderate level (40 %), so there is a relationship between the variable tuberculosis and depression. In relation to the sociodemographic characteristics, the groups with a tendency to depression are adolescents, women, singles, with secondary level and students. With regard to socioeconomic characteristics, low socioeconomic status is more prone to depression.

**Keywords:** Tuberculosis, Levels of depression.

## INTRODUCCIÓN

La magnitud del sufrimiento y muerte causada por la pandemia global de la tuberculosis, es alarmante, como inaceptable. Produce alrededor de ocho millones de casos nuevos anualmente, ha reemergido con inusitada violencia llegando a ser causa de muerte de un millón y medio de personas cada año en el mundo, incluyendo a hombres, mujeres y niños afectados en sus edades más productivas. Se calcula que aproximadamente dos billones de personas, es decir la tercera parte de la población mundial está infectado por el bacilo de la tuberculosis. (1)

La tuberculosis desestabiliza la estructura de la sociedad, separando a los niños de la escuela, a los adultos del trabajo, estigmatiza socialmente a las personas, afecta a los más pobres del mundo, a los marginales y otros grupos vulnerables en un círculo vicioso de enfermedad y miseria, tres de cada cuatro personas con tuberculosis, son adultos jóvenes, consumidos en la plenitud de sus vidas. (1)

Frente a esta situación, aún el nivel de conciencia, el conocimiento público así como el compromiso político de los gobiernos resultan insuficientes; es en este contexto la persona que enferma con tuberculosis, no solo experimenta síntomas físicos, sino que a su vez van generando sentimientos de culpa, tristeza, rechazo al tratamiento, que podría deberse a lo prolongado

del mismo y que a la par provoca incertidumbre al no saber si se logrará la curación completa; y en relación a lo social tendrá el estigma que produce la enfermedad. (1)

Todos estos factores, constituyen motivo de constantes frustraciones, por lo tanto estos pacientes, se sienten retraídos socialmente, generando depresión, esto a su vez los hace susceptibles a ser irregulares o a abandonar el tratamiento promoviendo así los casos de multidrogoresistencia, afectando más su salud y la de su entorno familiar y social. Por lo tanto, es imperativo brindar atención psicológica a estos enfermos. (1)

Por estas razones es que se plantea el presente trabajo que investiga las variables, tuberculosis, sus factores sociodemográficos, socioeconómicos y su relación con la depresión, no solo con fines puramente teóricos, sino de poder determinar oportunamente los niveles de depresión que presenta el paciente tuberculoso, así como un mejor conocimiento de su entorno familiar y social, de modo que nos permita diseñar estrategias de participación profesional multidisciplinaria en la recuperación de la salud de estos enfermos. El objetivo de este trabajo de investigación, es determinar la relación que existe entre la tuberculosis y la depresión, en los grupos con determinados factores sociodemográficos, socioeconómicos. (1)

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

A nivel mundial, según la OMS la tuberculosis (TB) es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. (1)

En 2018, enfermaron de TB 10 millones de personas, de las cuales 1,5 millones fallecieron a causa de la enfermedad (entre ellas, 251 000 personas con VIH). Más del 95 % de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. (1)

Siete países acaparan el 64 % de la mortalidad total; encabeza esta lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. (1)

La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40 % de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis. (1)

La tuberculosis multirresistente sigue suponiendo una crisis de salud pública y una amenaza a la seguridad sanitaria. La OMS estima que hubo 484 000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina (el fármaco

de primera elección más eficaz), de los cuales un 78 % son tuberculosis multirresistente. (1)

La incidencia de la TB en el mundo se reduce un 2 % al año, aproximadamente. (1)

Según la OPS el Perú se ubica en el segundo lugar de incidencia de TB en las Américas con 37 000 casos nuevos en el 2016, sólo superado por Brasil con 87 000 casos nuevos de TB, en tercer lugar se encuentra México con 28 000, cuarto lugar Haití con 20000, quinto lugar Colombia con 16000, sexto lugar Bolivia con 12000, séptimo lugar Argentina con 11 000, octavo lugar Estados Unidos con 10 000, noveno lugar Venezuela con 9990, y décimo lugar Ecuador con 8200. (2)

Según la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) del Ministerio de Salud en el País, en el 2017 se registraron 31087 casos de TB. El análisis del riesgo indica que doce regiones (Lima, Callao, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Ica, Moquegua, Arequipa y Cusco) se encuentran en alto y muy alto riesgo para TB. (3)

A nivel nacional Tacna está ubicado entre las 5 regiones con altas tasas de incidencia de Tuberculosis. En el año 2016, se notificaron 440 Casos de tuberculosis en todas sus formas; de ellos 393 (89,3 %) fueron casos nuevos, siendo el 60,2 % diagnosticados como TB Pulmonar BK (+),

seguida por los casos extra pulmonar (20,7 %) y TB BK (-) con un 7,5 %.

La tasa de incidencia de TBC sensible a nivel regional es 113,6 x 100 000 habitantes, en TB Pulmonar BK (+) es 76,59 x 100 000 habitantes.

(4)

Según género se observa que los más afectados corresponden al sexo masculino con 64 % y siendo el sexo femenino con 36 %. (4)

Por etapas de vida, la tuberculosis se presenta principalmente en jóvenes (36,6 %) y adultos (37 %), es decir, se encuentra presente en las edades más productivas, pero todos los grupos de edad están en riesgo aunque en menor proporción. (4)

Según tasa de incidencia y de acuerdo a las provincias, el 96,4 % de los casos reportados corresponden a Tacna, el 2,5 % Jorge Basadre Grohmann, Candarave con 0,5 % y Tarata con 0,5 %. Y de acuerdo a distritos, 9 distritos se encuentran en muy alto riesgo: Locumba, Ticaco, Alto de la Alianza, Pocollay, Estique Pampa, Ciudad Nueva, Tacna, Ilabaya y Gregorio Albarracín; 2 en alto riesgo: Candarave y Pachía; 3 en mediano riesgo: Calana, Ite y Las Yaras; y los otros 12 distritos no reportaron casos nuevos de tuberculosis. (4)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la relación que existe entre la tuberculosis y los niveles de depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:**

La tuberculosis en el Perú, es considerada un problema de salud pública, el estado realiza esfuerzos económicos, técnicos y sociales para salir del grupo de los países endémicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y causa importante de muerte.

Como es de conocimiento, a la enfermedad física se asocian trastornos psicológicos, siendo la depresión la más frecuente, según el programa de Salud Mental del MINSA, en el año 2015, solo en los establecimientos de primer nivel de atención se atendió 86, 560 casos nuevos, considerando también aquellos que presentan alguna enfermedad física. Entonces las enfermedades crónicas que causan molestias somáticas y limitan la interacción social están frecuentemente acompañadas por la desmoralización y el trastorno depresivo.

La situación del enfermo se torna más crítica debido a que no solo tiene una enfermedad física muy contagiosa y manifestaciones de síntomas depresivos, sino que también como consecuencia de los grandes problemas socioeconómicos que vive el país, el entorno de soporte social son escasas durante el tiempo que recibe el tratamiento antituberculoso, lo que finalmente repercuten forma negativa en la recuperación de la salud.

Por lo tanto, si las variables psicológicas y sociales fueran evaluadas y detectadas precozmente. Serviría, primero, como predictores de probables abandonos o irregularidades en el tratamiento, previniéndose también que miembros de la familia cercanos al paciente corran el riesgo de ser contagiados (se sabe que una persona bacilífera puede contagiar durante un año de 4 a 10 personas en su entorno), y en segundo lugar se brindaría atención psicológica y social para disminuir el riesgo de que se intensifiquen los síntomas depresivos que acompañan a la enfermedad física.

Por lo anterior esta investigación es de importancia, porque, la tuberculosis y sus repercusiones psicosociales hasta la actualidad no han sido investigadas exhaustivamente en nuestro medio, y siendo Tacna una de las regiones con mayor incidencia de Tuberculosis a nivel nacional es menester la investigación, por lo que se estudiará la relación que existe entre la tuberculosis y los niveles de depresión en los

pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **1.4. OBJETIVOS:**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la relación entre la tuberculosis y los niveles de depresión a través de las manifestaciones depresivas en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar los niveles de depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.
- Determinar las características sociodemográficas más importantes y correlacionarlos con los niveles de depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

- Determina las características socioeconómicas y correlacionarlos con los niveles de depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES:**

##### **2.1.1. INTERNACIONALES:**

**Factores relacionados con abandonar el tratamiento de tuberculosis pulmonar en Maranhão, durante el periodo de 2001 a 2010. Brasil**

Un estudio analítico transversal realizado por Pollyanna da Fonseca Silva y col. por el periodo de 2001 a 2010; en el cual el objetivo de investigación fue analizar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento para tuberculosis pulmonar en Maranhão, Brasil, en el cual se concluye que: “La enfermedad mental se encuentra asociado con el abandono en el tratamiento antituberculoso.” (5)

**Régimen de tratamiento de la tuberculosis pulmonar recomendado por el Ministerio de Salud de Brasil: predictores del incumplimiento del tratamiento en la ciudad de Porto Alegre, Brasil 2011**

Un estudio casos y controles realizado por Simone Teresinha Campani y col en Brasil el año 2011 cuyo objetivo fue determinar los factores predictores de abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar, incluido la depresión, en la ciudad de Porto Alegre, se concluye que: “Los efectos adversos medicamentosos no se relaciona con el abandono del tratamiento, teniendo un resultado estadísticamente no significativo, se encuentra similar porcentaje en ambos grupos de estudios.” (6)

#### **2.1.2. NACIONALES:**

##### **Aproximaciones psicosociales de la enfermedad de tuberculosis en el cono norte de Lima Metropolitana, Universidad peruana Cayetano Heredia 1998**

Iwashita (1998), halló “niveles de significancia” entre las variables psicológicas de autoconcepto, interacción familiar y depresión, en un estudio en el cono norte de Lima con 200 varones y 100 mujeres con tuberculosis, en las categorías de: nuevos en tratamiento, recaída, abandono, para determinar la influencia de las variables psicosociales en el enfermo con tuberculosis; encontrándose en la variable depresión el mayor porcentaje de pacientes con tuberculosis pulmonar, los cuales presentan depresión moderada 44,7%, seguida

de intensa a severa 28,7 % y leves 26,7 %. En relación a niveles de depresión y categoría de pacientes, el mayor porcentaje se encontró en retratamiento y recaídas con niveles de depresión moderada; y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis. (7)

#### **Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002**

Valencia, A. (2003) Realizó un estudio sobre “niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la red de servicios de salud N° 5 Arequipa Sur”. Teniendo como objetivo: correlacionar la tuberculosis y las manifestaciones depresivas en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso. La muestra investigada estuvo constituida por 90 personas, el tipo de investigación es cuantitativo descriptivo. Una de las conclusiones más destacada fue: “los niveles de depresión leve, moderada, severa y muy severa que afectan a los pacientes con tuberculosis alcanza un alto índice, es decir tres tercios de la población estudiada.” (8)

### **Caracterización de la depresión en pacientes con tuberculosis, Puesto de salud San Carlos Surco, 2011**

Espinosa, C. (2011) llevó a cabo la investigación titulada: "caracterización de la depresión en pacientes con tuberculosis. Puesto de salud San Carlos Surco". Teniendo como objetivo: conocer la caracterización y el grado de la depresión en los pacientes del programa de control de tuberculosis y entender mejor e integralmente a los pacientes tuvieron algún grado de depresión; se encontró que tanto en los pacientes como en los antes tratados, el 24 % estuvo en el grado de moderado y severo de depresión y el 76 % en mínimo y leve; y las principales manifestaciones de la depresión en los pacientes nuevos son irritabilidad (76 %), insomnio (66 %) y preocupación psicosomática (66 %) y en los pacientes antes tratados son preocupación psicosomática (85 %), irritabilidad (71 %) y retardo laboral (71 %)

### **Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del MINSA Chiclayo, 2012**

Riquero Paz, Paola (2012) que presentó dicha investigación tuvo como objetivo, comparar los niveles de depresión en pacientes con tuberculosis, según los tipos de tratamientos de la red urbana del

MINSA Chiclayo, 2012, el diseño utilizado fue comparativo de tipo no experimental. El grupo de trabajo fue conformado por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Aaron Beck, el cual mide los niveles de depresión, leve, moderada y severa. Dentro de los resultados más resaltantes, se halló que la depresión difiere por tipos de tratamiento, encontrándose que los pacientes que recibieron el tratamiento esquema 1, presentan bajos niveles de depresión leve a moderada; a diferencia de los que reciben el tipo de tratamiento multidrogorresistente, quienes demuestran altos niveles de depresión moderada a severa. (9)

## **2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO:**

### **2.2.1. TUBERCULOSIS:**

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable, causada principalmente por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero generalmente afecta a los pulmones. (10)

El *Mycobacterium tuberculosis* también es conocido como Bacilo de Koch en honor al Científico alemán Roberto Koch, quien descubrió el bacilo causante de la TB y presentó sus hallazgos en 1882. (10)

Otras micobacterias, como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* y *Mycobacterium canetti* y *Mycobacterium microti* pueden causar también la tuberculosis, pero todas estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano. (11)

- **EL AGENTE CAUSAL:**

*Mycobacterium tuberculosis*, es un microorganismo de forma bacilar, se comporta como aerobio estricto, su crecimiento está subordinado a la presencia de oxígeno y al valor del PH circundante. Es muy resistente al frío, la congelación y la desecación, siendo por el contrario sensible al calor, y a la luz solar, la luz ultravioleta. Su multiplicación es muy lenta (12-24 horas) y ante circunstancias metabólicas adversas entra en estado de latencia (durmiente), pudiendo llegar a demorar su multiplicación desde varios días a años. (12)

- **MECANISMO DE TRANSMISIÓN:**

El mecanismo de transmisión más importante y el que causa casi la totalidad de los contagios, es la vía aerógena. El hombre

enfermo elimina microgotas en forma de aerosoles cargadas de mycobacterias, al hablar, cantar, reír, estornudar y sobre todo al toser. De estas microgotas las que tienen un tamaño menor a 10 micras, pueden quedar suspendidas en el aire y ser inhaladas por un sujeto sano, entonces por su pequeño tamaño pueden progresar hasta el alveolo pulmonar, es en esta parte distal donde la mycobacteria encuentra las condiciones ideales para su multiplicación, los macrófagos en primera instancia, los linfocitos después y en la gran mayoría de los casos lograrán detener la multiplicación bacilar, pero en otros casos se verán incapacitados de hacerlo y se producirá una tuberculosis primaria. (12)

El potencial de infectividad de un enfermo depende de los siguientes factores:

- Grado de extensión de la enfermedad, siendo altamente contagioso el enfermo con baciloscopía positiva y radiografía cavitaria.
- Severidad y frecuencia de la tos, siendo más contagioso el enfermo cuanto más tose
- Carácter y volumen de las secreciones, a menudo un esputo poco viscoso puede ser el vehículo ideal como aerosol y por lo tanto resultar más contagioso.

- Quimioterapia antituberculosa, son 50 veces menos infectantes los pacientes que la reciben, se admite que el paciente deja de contagiar 2 semanas después de iniciado el tratamiento.
- Características de la exposición, mayor riesgo en contactos íntimos y por tiempo prolongado. (12)

Existen otros mecanismos de transmisión y son la vía digestiva a través del consumo de leche de vacas infectadas por *M. bovis*, vía urogenital a través de la orina, transmisión sexual, cutáneo-mucosa y vía placentaria. (12)

El ambiente físico de contacto, es una condición favorable para la transmisión de la enfermedad, es por ejemplo una vivienda mal ventilada, con numerosas personas en ella y que estén en contacto con otra persona con baciloscopia positiva. La tuberculosis puede afectar cualquier aparato o sistema del ser humano, pero el pulmón es el órgano más comúnmente afectado, ya que reúne las condiciones óptimas de desarrollo del *M. tuberculosis*. (12)

- **DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA:**

- A) CAPTACIÓN:**

Detección de sintomáticos respiratorios

La detección de sintomáticos respiratorios (SR) debe realizarse mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan tos y flema por 15 días o más. (13)

La detección de SR debe realizarse en:

a. El establecimiento de salud (EESS):

- Entre las personas que acuden a los EESS. La detección es continua, obligatoria y permanente en todos los servicios del EESS independientemente de la causa que motivó la consulta.

b. La comunidad:

Debe realizarse en las siguientes circunstancias:

- Estudio de contactos de personas con TB pulmonar o extrapulmonar.
- Estudio de posibles brotes de TB en lugares que albergan personas: hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, asilos, campamentos mineros, centros de estudios, comunidades nativas, zonas de frontera, personas en pobreza extrema, entre otros.

No se debe hacer campañas masivas de detección de TB mediante baciloscopía de esputo en población sin síntomas respiratorios. (13)

## **B) EVALUACIÓN:**

La evaluación del caso probable de tuberculosis, incluye una evaluación clínica exhaustiva, dirigida a identificar signos y síntomas compatibles con la tuberculosis, sea esta de localización pulmonar o extrapulmonar a fin de orientar correctamente las acciones posteriores y el requerimiento de exámenes auxiliares complementarios. (13)

## **C) DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS:**

### **C.1 Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis**

#### **Baciloscopía directa:**

La baciloscopía directa de la muestra de esputo y de otras muestras extrapulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl - Neelsen, siguiendo el protocolo del Instituto Nacional de Salud (INS).

El informe de resultados de la baciloscopía debe seguir los criterios detallados en la siguiente tabla (ver Anexo 1) de la actual Norma Técnica de Salud

Toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas.

El INS es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopías de acuerdo a sus disposiciones vigentes.

Todo profesional o técnico que realiza la baciloscopía en laboratorios locales o intermedios, de la práctica pública y privada, debe estar capacitado de acuerdo a las disposiciones del INS.

(13)

#### **Cultivo de micobacterias:**

Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos Löwenstein – Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic

Observation Drug Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive.

Las indicaciones para el cultivo de *M. tuberculosis* son las siguientes:

a. Para diagnóstico:

- Muestras de SR con baciloscopia negativa y radiografía de tórax anormal.
- Muestras paucibacilares
- Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos (pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

b. Para control de tratamiento:

- Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopia positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea.
- Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por TB resistente a medicamentos (MDR, XDR y otras TB resistencias).

c. Para realizar pruebas de sensibilidad indirecta: a partir de muestras pulmonares o extra- pulmonares. (13)

## **C.2 Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis**

El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado.

Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico. (13)

## **C.3 Diagnóstico de TB extra-pulmonar**

Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.

Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades endémicas según la zona de procedencia del paciente.

En cada muestra de tejido o fluido extrapulmonar, obtenidos a través de cirugía u otro procedimientos, deberá realizarse

baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes. (13)

#### **C.4 Diagnóstico de la tuberculosis latente**

El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante.

La prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general.

En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más. (13)

#### **Seguimiento para el diagnóstico**

Cuando existe una fuerte sospecha de TB pulmonar por criterio clínico, radiológico o epidemiológico y la persona tiene sus dos

primeras baciloscopías negativas debe aplicarse el criterio de “Seguimiento para el diagnóstico”.

El personal de salud debe solicitar dos muestras más de esputo para baciloscopía y cultivo. Hasta obtener los resultados del cultivo, se solicitará dos baciloscopías cada semana, siempre que el paciente continúe con síntomas respiratorios.

Mientras se espera el resultado del cultivo, se debe realizar el diagnóstico diferencial. (13)

#### **D) TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:**

##### **D.1 Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:**

- Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados). (13)

- **Esquema para adultos y niños:**

Primera Fase: 2 meses, diario de lunes a sábado (50 dosis): Isoniazida (H), Rifampicina (R), Etambutol (E) y Pirazinamida (Z).

Segunda fase: 4 meses, tres veces por semana (54 dosis): Isoniazida y Rifampicina. (13)

- **Esquema para TB extrapulmonar con compromiso del SNC, miliar u osteoarticular**

Primera Fase: 2 meses, diario (50 dosis): Isoniazida (H), Rifampicina (R), Etambutol (E) y Pirazinamida (Z).

Segunda fase: 10 meses, diario (250 dosis): Isoniazida y Rifampicina. (13)

## **D.2 Indicación para pacientes con TB con infección por VIH/SIDA**

- Paciente VIH con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes VIH con TB extrapulmonar, excepto compromiso SNC y osteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados). (13)

- **Esquema:**

Primera Fase: 2 meses, diario de lunes a sábado (50 dosis):

Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida

Segunda Fase: 7 meses, diario de lunes a sábado (175

dosis): Isoniazida y Rifampicina. (13)

### **D.3 Esquemas para TB resistente**

Los medicamentos anti-TB se clasifican en grupos:

Grupo 1 (Agentes de primera línea): Isoniazida (H), Rifampicina (R), Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Rifabutina (Rfb), Estreptomina (S).

Grupo 2 (Agentes inyectables de segunda línea): Kanamicina (Km), Amikacina (Am), Capreomicina (Cm)

Grupo 3 (Fluoroquinolonas): Levofloxacina (Lfx), Moxifloxacina (Mfx)

Grupo 4 (Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales): Etionamida (Eto), Cicloserina (Cs), Ácido para-amino salicílico (PAS)

Grupo 5 (Agentes con evidencia limitada): Clofazimina (Cfz), Linezolid (Lzd), Amoxicilina/Clavulánico (Amx/Clv), Meropenem

(Mpm), Imipenem/Cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de Isoniazida, Claritromicina (Clr), Tioridazina (Tio). (13)

- **Esquema Estandarizado:**

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario.

Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario. (13)

### **2.2.2. DEPRESIÓN:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, 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. (14)

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. (14)

- **Generalidades**

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, en la actualidad se calcula que afecta a más de 300 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. Puede convertirse 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, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (15)

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras

que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (15)

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. (15)

- **Tipos y síntomas**

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan. (15)

**Trastorno depresivo recurrente:** Como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce

una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. (15)

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. (15)

**Trastorno afectivo bipolar:** Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. (15)

## **Factores contribuyentes y prevención**

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. (15)

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. (15)

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión. (15)

- **Tratamiento**

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo. (15)

### **2.3. HIPÓTESIS:**

Existe relación entre la tuberculosis y depresión en los pacientes que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El presente trabajo de investigación es un tipo de estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el tiempo, asimismo el diseño de la investigación es de tipo descriptivo correlacional.

Se busca describir los niveles de depresión que afecta a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, y que vienen recibiendo el tratamiento respectivo, es de tipo comparativo y correlacional, ya que busca reconocer en qué medida la variable niveles de depresión se relaciona con la variable tuberculosis en los pacientes motivo de estudio.

#### **3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

La población sujeta de estudio, está constituida por los pacientes con diagnóstico de tuberculosis que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

### **3.3. MUESTRA DE ESTUDIO:**

#### **3.3.1. TIPO DE MUESTRA:**

La muestra empleada para esta investigación, es de tipo no probabilístico intencional siendo constituida finalmente por 100 enfermos con tuberculosis en sus diferentes formas.

#### **3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:**

El estudio se realizó con 100 pacientes de entre 12 a 65 años de edad, con tuberculosis y que acuden al consultorio externo de neumología para recibir tratamiento antituberculoso en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio a diciembre 2019.

#### **3.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

##### **3.3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Tener el diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas
- Contar con edad de entre 12 a 65 años
- Pacientes que voluntariamente acepten ser examinados

### **3.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con menos de 10 años y más de 65 años de edad
- Pacientes que no acepten ser examinados

## **3.4. VARIABLES DE ESTUDIO:**

### **3.4.1. DETERMINACIÓN DE VARIABLES:**

Variable independiente: Tuberculosis

Variable dependiente: Niveles de depresión

Variable interviniente: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación y nivel socioeconómico.

### 3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías (Dimensiones)	Definición	Indicador	Índice
Tuberculosis	Independiente	Nominal		Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La especie de bacteria más importante y representativa causante de la tuberculosis es <i>Mycobacterium tuberculosis</i> o bacilo de Koch, perteneciente al .		
Depresión	Dependiente	Ordinal	Niveles de depresión	Es un trastorno afectivo caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos.	Normal Leve Moderado Severo Muy severo	0-7 puntos 8-13 puntos 14-18 puntos 19-22 puntos 23 puntos a más
Edad	Cuantitativa discreta	De razón	Tiempo (en años)	Tiempo que ha vivido una persona	Adolescencia Adulto joven Adultez Adulto mayor	12-17 años 18-29 años 30-59 años 60 años a más
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino	Condición orgánica, masculina o	Masculino	% de hombres

	dicotómica		Femenino	femenina de las personas	Femenino	% de mujeres
Estado civil	Cualitativa politémica	Nominal		Lugar permanente que ocupa una persona en la sociedad que depende de sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a)/separado(a) Viudo(a)
Grado de instrucción	Cualitativa politémica	Ordinal		Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado de instrucción alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnica Superior universitaria
Ocupación	Cualitativa politémica	Nominal		Es la labor o trabajo que ejerce una persona		Desempleado Estudiante Profesional Empleado Trabajador independiente
Nivel socioeconómico	Cualitativa politémica	Ordinal		Atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica, basándose en el nivel de educación, el nivel de ocupación y el patrimonio.		Pobreza extrema Bajo Medio bajo Medio Medio alto Alto

### **3.5. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Los datos se recolectaron a través de:

- Observación
- Entrevista

Los instrumentos utilizados son:

- Ficha de recolección de datos sociodemográficos
- Ficha de la escala para la depresión de Hamilton
- Instrumento del índice del nivel socioeconómico de la Asociación de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI)

La información se obtuvo a través de la elaboración de un cuestionario simple, con datos generales, con el fin de recolectar información personal del paciente con tuberculosis y examinar aspectos sociodemográficos del mismo; el cual está conformado por una hoja impresa, en la que se registran, datos como sexo, edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación. El nivel socioeconómico se midió a través de un instrumento validado llamado Instrumento del índice del nivel socioeconómico de la Asociación de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI) que evalúa 6 parámetros y son:

Baños Completos, número de dormitorios, número de integrantes en el hogar mayores o iguales a 14 años que trabajan, número de autos, internet y educación del jefe del hogar.

Se inició la entrevista a cada paciente que acudía al consultorio externo de neumología, y que cumplió con los criterios de inclusión, en forma individual, explicándole la importancia de contar con su colaboración durante el examen psicológico bajo su consentimiento, ya que a través de los resultados obtenidos permitiría en lo posterior brindarle atención integral y multidisciplinaria que cada caso individual lo amerite.

- **Inventario de depresión de Hamilton**

Nombre: Escala de Depresión de Hamilton

Nombre original: Hamilton Rating Scale

Autor: Máx. Hamilton

Edición: Año 1960

Forma de aplicación: En forma individual a través de una entrevista personal semiestructurada.

Tiempo de aplicación: La entrevista debe durar por lo menos 30 minutos

Significación: Es una escala de medición para obtener cuantitativamente la intensidad y frecuencia de los síntomas depresivos

Calificación: Para la cuantificación de los síntomas se da prioridad a la intensidad.

Sobre la frecuencia, se otorga puntuaciones de cero a cuatro en algunos ítems y en otros de cero a dos o cero si el síntoma no está presente, 1 si el síntoma es ansioso, hay incertidumbre o es trivial y existe un estado superior a lo que constituye el estado normal del paciente, 2 si el síntoma es leve, sin repercusiones en la vida cotidiana del enfermo, 3 si el síntoma es moderado o cuando se presenta en forma notoria capaz de influir en la vida normal del paciente, 4 si el síntoma es severo y está presente en el desarrollo de las actividades habituales del paciente.

Niveles de depresión:

Normal.....00 - 07 puntos

Leve.....08 – 13 puntos

Moderado.....14 – 18 puntos

Severo.....19 – 22 puntos

Muy severo.....23 o más puntos

### **3.6. TÉCNICA DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:**

Después de la tabulación de los datos obtenidos, tanto con la aplicación de la Escala de Hamilton como la ficha de recolección de datos y el instrumento del índice del nivel socioeconómico (NSE) de la Asociación de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI), se procedió al análisis estadístico de los datos a través de la estadística descriptiva, con las frecuencias absolutas y relativas, se utilizó prueba del chi cuadrado para buscar diferencias estadísticas entre los grupos nominales de depresión, asimismo determinar la relación entre el cuadro depresivo con los factores sociodemográficos, socioeconómicos más resaltantes. También se utilizó el coeficiente de contingencia para poder medir la intensidad de dichas relaciones.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS:**

**TABLA 01**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS GRUPOS ETARIOS DE  
LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA  
PARA RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Grupo etario				Total
			Adolescencia	Juventud	Adulthood	Adulto mayor	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	0	15	0	0	15
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grupo etario	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	Leve	Recuento	15	5	10	0	30
		% dentro de Nivel de depresión	50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grupo etario	33,3%	16,7%	50,0%	0,0%	30,0%
	Moderada	Recuento	25	5	10	0	40
		% dentro de Nivel de depresión	62,5%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grupo etario	55,6%	16,7%	50,0%	0,0%	40,0%
Severa	Recuento	5	5	0	0	10	
	% dentro de Nivel de depresión	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Grupo etario	11,1%	16,7%	0,0%	0,0%	10,0%	
Muy severa	Recuento	0	0	0	5	5	
	% dentro de Nivel de depresión	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro de Grupo etario	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	5,0%	
Total	Recuento	45	30	20	5	100	
	% dentro de Nivel de depresión	45,0%	30,0%	20,0%	5,0%	100,0%	
	% dentro de Grupo etario	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos y escala de Hamilton.

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y grupo etario, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de

149,306 y un valor p de 0,001 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las variables son independientes, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,774, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a los adolescentes, un poco más de la mitad presentan un nivel de depresión moderada y la tercera parte presenta un grado de depresión leve. Con respecto a los jóvenes, se determinó que la mitad presenta depresión de leve a severa, repartiéndose equitativamente en estos tres niveles de depresión y la otra mitad de jóvenes no presenta depresión. En la adultez, se observa que la mitad de pacientes presenta depresión leve y la otra mitad depresión moderada. Del total de adultos mayores, todos presentan depresión severa.

De los que no presentan depresión, el total corresponde a los jóvenes. De los que presentan depresión leve, la mitad son adolescentes y la tercera parte son adultos. De los que presentan depresión moderada, más de la mitad son adolescentes, y la cuarta parte son adultos. De los que presentan depresión severa, la mitad son adolescentes y otra mitad jóvenes. De los que presentan depresión muy severa el total pertenece a los adultos mayores.

Del total de la muestra de estudio, la cuarta parte pertenece a los adolescentes con nivel de depresión moderada.

**TABLA 02**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA  
PARA RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Sexo		Total
			Hombres	Mujeres	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	15	0	15
		% dentro de Nivel de depresión	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	25,0%	0,0%	15,0%
	Leve	Recuento	25	5	30
		% dentro de Nivel de depresión	83,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Sexo	41,7%	12,5%	30,0%
	Moderada	Recuento	15	25	40
		% dentro de Nivel de depresión	37,5%	62,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	25,0%	62,5%	40,0%
	Severa	Recuento	5	5	10
		% dentro de Nivel de depresión	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	8,3%	12,5%	10,0%
	Muy severa	Recuento	0	5	5
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	0,0%	12,5%	5,0%
Total	Recuento	60	40	100	
	% dentro de Nivel de depresión	60,0%	40,0%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos y escala de Hamilton.

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y sexo, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 33,160 y

un valor p de 0,001 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las variables son independientes, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,499, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a los hombres, casi la mitad presentan un nivel de depresión leve, una cuarta parte presenta un grado de depresión moderada y otra cuarta parte no presenta depresión. Con respecto a las mujeres, se determinó que más de la mitad presenta depresión moderada, y la cuarta parte presentan depresión severa y muy severa, repartiéndose equitativamente en cada nivel de depresión.

De los que no presentan depresión, el total corresponden a los hombres. De los que presentan depresión leve, más de las tres cuartas partes son hombres. De los que presentan depresión moderada, casi las dos terceras partes son mujeres. De los que presentan depresión severa, la mitad son hombres y la otra mitad mujeres. De los que presentan depresión muy severa el total pertenece a las mujeres.

Del total de la muestra de estudio, la cuarta parte pertenece a los hombres con un nivel de depresión leve y otra cuarta parte pertenece a las mujeres con un nivel de depresión moderada.

**TABLA 03**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA PARA  
RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Estado civil					Total
			Soltero	Casado	Conviviente	Divorciado	Viudo	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	0	5	10	0	0	15
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Estado civil	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	15,0%
	Leve	Recuento	15	5	10	0	0	30
		% dentro de Nivel de depresión	50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Estado civil	30,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	30,0%
	Moderada	Recuento	25	0	0	15	0	40
		% dentro de Nivel de depresión	62,5%	0,0%	0,0%	37,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de Estado civil	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	40,0%
	Severa	Recuento	10	0	0	0	0	10
		% dentro de Nivel de depresión	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Estado civil	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Muy severa	Recuento	0	0	0	0	5	5
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Estado civil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	5,0%
Total	Recuento	50	10	20	15	5	100	
	% dentro de Nivel de depresión	50,0%	10,0%	20,0%	15,0%	5,0%	100,0%	
	% dentro de Estado civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos y escala de Hamilton.

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y estado civil, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de

178,750 y un valor p de 0,005 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las variables son independientes, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,801, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a los solteros, la mitad presenta depresión moderada, casi la tercera parte depresión leve y la quinta parte depresión severa. Con respecto a los casados, la mitad no presenta depresión y la otra mitad presenta depresión leve. Los convivientes de igual forma la mitad no presentan depresión y la otra mitad presentan depresión leve. Con respecto a los divorciados, el total presenta depresión moderada. En el estudio, a los viudos se observa que la totalidad presenta depresión muy severa.

De los que no presentan depresión, las dos terceras partes corresponden a los convivientes y la tercera parte corresponde a los casados. De los que presentan depresión leve, la mitad son solteros y la tercera parte son convivientes. De los que presentan depresión moderada, casi las dos terceras partes son solteros y un poco más de la tercera parte son divorciados. De los

que presentan depresión severa, la totalidad son solteros. De los que presentan depresión muy severa el total pertenece a los viudos.

Del total de la muestra de estudio, la cuarta parte pertenece a los solteros con nivel de depresión moderada.

**TABLA 04**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Grado de instrucción					Total
			Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Universitaria	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	0	0	0	15	0	15
		% dentro de Nivel de depresión	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de instrucción	0,0 %	0,0 %	0,0 %	75,0 %	0,0%	15,0%
	Leve	Recuento	0	0	20	5	5	30
		% dentro de Nivel de depresión	0,0 %	0,0 %	66,7 %	16,7 %	16,7%	100,0%
		% dentro de Grado de instrucción	0,0 %	0,0 %	40,0 %	25,0 %	100,0%	30,0%
	Moderada	Recuento	0	10	30	0	0	40
		% dentro de Nivel de depresión	0,0 %	25,0 %	75,0 %	0,0 %	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de instrucción	0,0 %	50,0 %	60,0 %	0,0 %	0,0%	40,0%
Severa	Recuento	0	10	0	0	0	10	
	% dentro de Nivel de depresión	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de instrucción	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	10,0%	
Muy severa	Recuento	5	0	0	0	0	5	
	% dentro de Nivel de depresión	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de instrucción	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	5,0%	
Total	Recuento	5	20	50	20	5	100	
	% dentro de Nivel de depresión	5,0 %	20,0 %	50,0 %	20,0 %	5,0%	100,0%	
	% dentro de Grado de instrucción	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos y escala de Hamilton.

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y grado de instrucción, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 230,000 y un valor p de 0,001 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las variables son independientes, por lo que se acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,835, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a los que no tuvieron ningún grado de instrucción (analfabetas), el total presenta depresión muy severa. Con respecto a los que tienen grado de instrucción nivel primario, la mitad presenta depresión moderada y la otra mitad presenta depresión severa. Los que tienen grado de instrucción nivel secundario, casi las dos terceras partes presentan un nivel de depresión moderada y un poco más de la tercera parte presentan un nivel de depresión leve. Con respecto a los que tienen grado de instrucción nivel superior técnico, las tres cuartas partes no presentan depresión y la cuarta parte presentan depresión leve. En el estudio a los que tienen grado de instrucción nivel superior universitaria, se observa que la totalidad presenta depresión leve.

De los que no presentan depresión, la totalidad corresponde a los que tienen grado de instrucción nivel superior técnico. De los que presentan depresión leve, las dos terceras partes son aquellos que tienen grado de instrucción nivel secundario, la tercera parte son aquellos que tienen grado de instrucción nivel superior técnico y superior universitaria, repartiéndose equitativamente en cada grado de instrucción. De los que presentan depresión moderada, las tres cuartas partes son aquellos que tienen grado de instrucción nivel secundario y la cuarta parte son los que tienen grado de instrucción nivel primario. De los que presentan depresión severa, la totalidad son aquellos que tienen grado de instrucción nivel primario. De los que presentan depresión muy severa, el total pertenece a los que no tuvieron ningún grado de instrucción (analfabetas).

Del total de la muestra de estudio, casi la tercera pertenece a los que tienen grado de instrucción nivel secundario con nivel de depresión moderada y la quinta parte pertenece a los que tienen grado de instrucción nivel secundario con nivel de depresión leve.

**TABLA 05**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA OCUPACIÓN DE LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA PARA  
RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Ocupación					Total
			Desempleado	Estudiante	Profesional	Empleado	Trabajador Independiente	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	0	0	0	10	5	15
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Ocupación	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	100,0%	15,0%
	Leve	Recuento	5	15	5	5	0	30
		% dentro de Nivel de depresión	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de Ocupación	20,0%	37,5%	100,0%	20,0%	0,0%	30,0%
	Moderada	Recuento	10	20	0	10	0	40
		% dentro de Nivel de depresión	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Ocupación	40,0%	50,0%	0,0%	40,0%	0,0%	40,0%
	Severa	Recuento	5	5	0	0	0	10
		% dentro de Nivel de depresión	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Ocupación	20,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Muy severa	Recuento	5	0	0	0	0	5
		% dentro de Nivel de depresión	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Ocupación	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Total	Recuento	25	40	5	25	5	100	
	% dentro de Nivel de depresión	25,0%	40,0%	5,0%	25,0%	5,0%	100,0%	
	% dentro de Ocupación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos y escala de Hamilton.

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y ocupación, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de Pearson de 83,333 y un valor p de 0,001 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos indica que las variables son independientes, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,674, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a los desempleados, las dos quintas partes presentan depresión moderada y las tres quintas partes presentan depresión leve, severa y muy severa, repartiéndose equitativamente en cada uno de estos tres niveles de depresión. Con respecto a los estudiantes, la mitad presenta depresión moderada, un poco más de la tercera parte presenta depresión leve. De los que son profesionales, el total presenta depresión leve. Con respecto a los empleados, las dos quintas partes no presenta depresión, otras dos quintas partes presentan depresión moderada y la quinta parte presenta depresión leve. En el estudio a los trabajadores independientes, el total no presenta depresión.

De los que no presentan depresión, las dos terceras partes corresponden a los empleados y la tercera parte corresponde a los trabajadores independientes.

De los que presentan depresión leve, la mitad son estudiantes y la otra mitad corresponde a los desempleados, profesionales y empleados, repartiéndose equitativamente entre las tres ocupaciones. De los que presentan depresión moderada, la mitad son estudiantes, la cuarta parte son desempleados y la otra cuarta parte son empleados. De los que presentan depresión severa, la mitad son desempleados y la otra mitad son estudiantes. De los que presentan depresión muy severa, el total pertenece a los desempleados.

Del total de la muestra de estudio, la quinta parte pertenece a los estudiantes con nivel de depresión moderada.

**TABLA 06**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019.**

			Nivel socioeconómico					Total
			Pobreza Extrema	Baja	Media Baja	Media	Media Alta	
Nivel de depresión	Normal	Recuento	0	0	5	10	0	15
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de Nivel socioeconómico	0,0%	0,0%	20,0%	100,0%	0,0%	15,0%
	Leve	Recuento	0	15	10	0	5	30
		% dentro de Nivel de depresión	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%
		% dentro de Nivel socioeconómico	0,0%	37,5%	40,0%	0,0%	100,0%	30,0%
	Moderada	Recuento	5	25	10	0	0	40
		% dentro de Nivel de depresión	12,5%	62,5%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Nivel socioeconómico	25,0%	62,5%	40,0%	0,0%	0,0%	40,0%
Severa	Recuento	10	0	0	0	0	10	
	% dentro de Nivel de depresión	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Nivel socioeconómico	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	
Muy severa	Recuento	5	0	0	0	0	5	
	% dentro de Nivel de depresión	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Nivel socioeconómico	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	
Total	Recuento	20	40	25	10	5	100	
	% dentro de Nivel de depresión	20,0%	40,0%	25,0%	10,0%	5,0%	100,0%	
	% dentro de Nivel socioeconómico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Escala de Hamilton e instrumento del índice del nivel socioeconómico (NSE) de la Asociación de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI)

En el análisis estadístico que se utilizó en este cruce de variables, nivel de depresión y nivel socioeconómico, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de

Pearson de 149,271 y un valor p de 0,001 que es menor al nivel de significación  $\alpha$  0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las variables son independientes, por lo tanto, acepta la hipótesis alternativa, que nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente de contingencia para ver el grado de asociación y se obtuvo un valor de 0,774, y como se sabe, mientras el valor se acerque a 1 la intensidad de la asociación es más fuerte.

En el estudio a las personas con nivel socioeconómico de pobreza extrema, la mitad presenta depresión severa, la cuarta parte presenta depresión moderada y la otra cuarta parte depresión muy severa. Con respecto a las personas con nivel socioeconómico bajo, casi los dos tercios presentan depresión moderada y un poco más de la tercera parte presenta depresión leve. De los que tienen un nivel socioeconómico media baja, las dos quintas partes presentan depresión leve, otras dos quintas partes presentan depresión moderada y la quinta parte no presenta depresión. Con respecto a las personas con nivel socioeconómico medio, la totalidad no presenta depresión. En el estudio a las personas con nivel socioeconómico medio alto, el total presenta depresión leve.

De los que no presentan depresión, las dos terceras partes corresponden a las personas con un nivel socioeconómico medio y la tercera parte corresponde a las personas con un nivel socioeconómico medio bajo. De los que presentan

depresión leve, la mitad son personas con un nivel socioeconómico bajo y la tercera parte corresponde a las personas con un nivel socioeconómico media baja. De los que presentan depresión moderada, casi las dos terceras partes son personas con un nivel socioeconómico bajo y la cuarta parte corresponde a las personas con un nivel socioeconómico medio bajo. De los que presentan depresión severa, la totalidad son personas con un nivel socioeconómico de pobreza extrema. De los que presentan depresión muy severa, el total pertenece a las personas con un nivel socioeconómico de pobreza extrema.

Del total de la muestra de estudio, la cuarta parte pertenece a las personas con un nivel socioeconómico bajo con nivel de depresión moderada.

#### **4.2. Discusión:**

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis el 40 % presenta depresión moderada, 30 % depresión leve, 10 % depresión severa, 5 % depresión muy severa y el 15 % no presenta depresión, siendo la depresión moderada el grupo mayoritario entre los pacientes. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 31,21 % presenta

depresión leve, el 21,11 % presenta depresión moderado, el 6,67 % presenta depresión severa, el 7,78 % presenta depresión muy severa y el 33,33 % no presenta depresión siendo este grupo el mayoritario en dicho estudio. Por lo tanto es evidente una diferencia, en donde la ausencia de depresión se duplica en el estudio en Arequipa (33,33 %) con respecto al nuestro (15 %), también en donde la mayor prevalencia de depresión está en el nivel de leve en Arequipa (31,21 %), a comparación de nuestro estudio donde la mayor prevalencia de depresión está en el nivel de moderado (40 %).

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis, el 45 % son adolescentes, el 30 % son jóvenes, el 20 % son adultos y el 5 % son adultos mayores. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 40 % son adolescentes, el 34,44 % son jóvenes, el 23,34 % son adultos y el 2,2 % son adultos mayores. En cuanto a grupos representativos y mayoritarios en nuestro estudio, del total de la muestra, el 25 % pertenece a los adolescentes con nivel de depresión moderada, el 15 % pertenece a los jóvenes sin depresión, el 10% pertenece a los adultos con depresión moderada y el 5 % pertenece a los adultos mayores con depresión muy severa, a comparación del estudio de Valencia Miranda, donde el 17,7 % son adolescentes con depresión

leve, el 13,3 % son jóvenes sin depresión, el 8,8 % son adultos con depresión moderada y el 1,1 % son adultos mayores con depresión severa, evidenciándose susceptibilidad a la depresión en el grupo etario de adolescentes debido a una inestabilidad emocional propio de dicha edad, que los lleva a una tendencia de depresión ante una enfermedad crónica y de tratamiento largo como la tuberculosis.

En nuestro estudio, se observa que, de 100 pacientes con tuberculosis, el 60 % son hombres y el 40 % son mujeres. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que, de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 62,22 % son hombres y el 37.78 % son mujeres. Evidenciándose similitud entre ambas muestras de estudio. En cuanto a grupos representativos y mayoritarios en nuestro estudio, del total de la muestra, el 25 % pertenece a varones con nivel de depresión leve y otro 25 % pertenece a mujeres con depresión moderada a comparación del estudio de Valencia Miranda, donde el 25 % son varones sin depresión y el 24 % son mujeres con depresión leve y moderada repartidas equitativamente en cada nivel de depresión, evidenciándose susceptibilidad a la depresión en el sexo femenino por sobre el masculino, esto puede deberse a que las mujeres presentan ciclos

hormonales que las hacen más sensibles a los eventos y condiciones adversas como lo sería la tuberculosis y su impacto en la persona.

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis, el 50 % son solteros, el 10 % son casados, el 20 % son convivientes, el 15 % son divorciados y el 5 % son viudos. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 53,33 % son solteros, el 18,89 % son casados, el 24,45 % son conviviente, el 2,22 % son divorciados y el 1,1 % son viudos. En cuanto a grupos representativos y mayoritarios en nuestro estudio, del total de la muestra, el 25 % son solteros con depresión moderada, el 15 % son divorciados con depresión moderada, el 10 % son convivientes con depresión leve, el 5 % son casados con depresión leve y el 5 % son viudos con depresión muy severa a comparación del estudio de Valencia Miranda, donde el 20% son solteros con depresión leve, el 7,7 % son convivientes con depresión leve, el 6,6 % son casados sin depresión, el 2,2 % son divorciados con depresión moderada, el 1,1 % son viudos con depresión severa. Estos datos se pueden explicar debido a que la compañía en pareja brindada a un paciente en tratamiento de una enfermedad crónica como la tuberculosis, es fundamental para poder luchar contra la depresión.

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis, el 5 % son analfabetos, el 20 % tienen nivel primario, el 50 % tienen nivel secundario, el 25 % tienen nivel superior técnico y el 5 % tienen nivel superior universitario. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 1,11 % son analfabetos, el 16,67 % tienen nivel primario, el 54,45 % tienen nivel secundario, el 24,44 % tienen nivel superior técnico y el 3,33 % tienen nivel superior universitario. En cuanto a grupos representativos y mayoritarios en nuestro estudio, del total de la muestra, el 30 % son personas con nivel secundario con depresión moderada, el 15 % son personas con nivel superior técnico sin depresión, el 10 % son personas con nivel primario con depresión severa, el 5 % son personas con nivel superior universitario con depresión leve y el 5 % son personas analfabetas con depresión muy severa; a comparación del estudio de Valencia Miranda, donde el 20% son personas con nivel secundario sin depresión, el 11,11 % son personas con nivel superior técnico con depresión leve, el 4,4 % son personas con nivel primaria con depresión moderada, el 2,2 % son personas con nivel superior universitario con depresión leve y el 1,1 % son personas analfabetas con depresión severa. Se puede establecer que hay mayor grado de tolerancia a los eventos adversos en las

personas con un mayor grado de instrucción académica, en contraste con aquellos que tienen un pobre nivel académico y cultural, en donde se ven vulnerables a sufrir episodios de depresión.

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis, el 25 % son desempleados, el 40 % son estudiantes, el 5 % son profesionales, el 25 % son empleados y el 5 % son trabajadores independientes. A nivel nacional en el trabajo de investigación “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5, Arequipa Sur 2002” realizado por el neumólogo Angel Gustavo Valencia Miranda, se observa que de una muestra de 90 personas con tuberculosis, el 30 % son desempleados, el 14,44 % son estudiantes, el 8,89 % son profesionales, el 15,56 % son empleados y el 31,11 % son trabajadores independientes. En cuanto a grupos representativos y mayoritarios en nuestro estudio, del total de la muestra, el 20 % son estudiantes con depresión moderada, el 10 % son desempleados con depresión moderada, el 10 % son empleados con depresión moderada, el 5 % son profesionales con depresión leve y el 5 % son trabajadores independientes sin depresión; a comparación del estudio de Valencia Miranda, donde el 11,1 % son trabajadores independientes sin depresión, el 7,7 % son desempleados con depresión moderada, el 7,7 % son estudiantes sin depresión, el 6,6 % son empleados con depresión leve y el 4,4 % son profesionales con depresión leve.

Con lo que se evidencia que los trabajadores independientes y profesionales tienen baja prevalencia de depresión.

En nuestro estudio, se observa que de 100 pacientes con tuberculosis, el 25 % son personas con nivel socioeconómico bajo con depresión moderada, el 10 % son personas con nivel socioeconómico de pobreza extrema con depresión severa, el 10 % son personas con nivel socioeconómico medio bajo con depresión moderada, el 10 % son personas con nivel socioeconómico medio sin depresión y el 5 % son personas con nivel socioeconómico medio alto. Se evidencia que a mayor nivel socioeconómico hay una notable disminución de la depresión en pacientes con tuberculosis, probablemente sea debido a la menor carga familiar y social que representa tener mayor estabilidad económica y al mayor apoyo individualizado que pueda recibir, sea familiar y/o profesional.

## CONCLUSIONES

- Hasta un 85 % presentaron algún nivel de depresión con predominancia al nivel moderado (40 %), seguido de depresión leve (30 %), severa (10 %) y muy severa (5 %). Por lo que si hay una relación entre la variable tuberculosis y depresión.
- Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis, son en su mayoría adolescentes (45 %), varones (60 %), solteros (50 %), divorciados (15%), de nivel secundaria (50 %) y desempleados en un 25 %. En relación a las características sociodemográficas con la depresión, de los pacientes con depresión moderada que es la más frecuente, el 62,5 % son adolescentes, el 62,5 % son mujeres, el 62,5 % son solteros, el 75 % son de nivel secundario y el 50 % son estudiantes; Siendo estos grupos con mayor tendencia a la depresión
- Con respecto a las características socioeconómicas de los pacientes con tuberculosis, las personas con nivel socioeconómico bajo representan el 40 %, los que tienen nivel medio bajo son el 25 %, los que son de pobreza extrema son el 20 %, los que son de nivel medio representan el 10 % y los de nivel medio alto son el 5 %. Dentro de las características

socioeconómicas de los pacientes con tuberculosis y su relación con la depresión, se evidencia que hay mayor tendencia a la depresión en pacientes con nivel socioeconómico bajo (62,5 % de los que presenta depresión moderada).

## RECOMENDACIONES

- Se debe tomar medidas psicoprolácticas apenas se diagnostique la tuberculosis a todos los pacientes, ya que hay una clara asociación de la depresión con la tuberculosis.
- El enfoque más dirigido de apoyo psicológico debería ser a las personas más susceptibles a la depresión: Adolescentes y adultos sin compañía sentimental (solteros y viudos). Con respecto a adolescentes conjuntamente con la colaboración de la familia es fundamental en este grupo etario, al ser el grupo más afectado deberían fortalecer en charlas y orientación psicológica en los colegios por personal capacitado. Con respecto a los adultos sin acompañante deberían tener una vigilancia más estrecha en su psicoterapia
- Apoyo psicológico a las personas con menor nivel socioeconómico, ya que además de la enfermedad, afrontan una realidad económica precaria o son el único sustento de sus familias, por lo que se enfrentan a un estrés mayor, mediante una evaluación por un trabajador social podrían ser beneficiarios de un subsidio económico por el estado en caso de ser necesario.

- Implementar un control periódico de los niveles de depresión en los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso, para asegurarnos si la mejoría no solo es física sino también psicológica, y si en caso empeore la depresión o aparezca en pacientes sin depresión previamente registrada, llevar a cabo la terapia antidepresiva, tanto no farmacológica y farmacológica de ser necesario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Tuberculosis. [Online].; 2019 [cited 2020 Marzo 08. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. OPS. Tuberculosis en las Américas 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 Marzo 09. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036\\_spa?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y).
3. Rios J. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción). [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 09. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180605122521.pdf>.
4. Región de salud Tacna. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD. Analítico situacional. Tacna: Región de salud Tacna, Tacna; 2017.
5. Fonseca Pd, Silva G, Mendes A. Factores asociados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en Maranhão, Brasil, de 2001 a 2010. Cad. Saúde Pública. 2014 Agosto; 30(8).
6. Aloise S, Silva Jd, Nunes C. Régimen de tratamiento de la tuberculosis

- pulmonar recomendado por el Ministerio de Salud de Brasil: predictores del incumplimiento del tratamiento en la ciudad de Porto Alegre, Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumología*. 2011 Noviembre; 37(6).
7. Iwashita A. Tesis para optar el grado de Licenciatura: Aproximaciones Psicosociales de la Enfermedad de Tuberculosis Pulmonar en el Cono norte de Lima Metropolitana. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1998.
  8. Valencia A. 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 Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. 2003.
  9. Riquero P. Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Psicología. 2014.
  10. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud. [Online].; 2020 [cited 2020 Marzo 10. Available from: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>.
  11. Prat C, Dominguez J, Ausina V. *Mycobacterium bovis*. Descriptivo. Madrid:

- Control de calidad de la Seimc; 2015.
12. Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas París: La Unión; 2003.
  13. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. descriptivo. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Lima; 2013.
  14. OMS. Depresión. [Online].; 2020 [cited 2020 Marzo 20. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/).
  15. OMS. Depresión. [Online].; 2020 [cited 2020 Marzo 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

Tabla: Informe de resultados de baciloscopía de esputo

<b>Resultados del examen microscópico</b>	<b>Informe de resultados de baciloscopía</b>
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo (-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilos en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos)	Positivo (+)
De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.	Positivo (+++)

\* Si se observa de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.

## ANEXO 02

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATO

Fecha:

Nombres y apellidos:

➤ **Edad:**

12-17 años (Adolescente)

18-29 años (Adulto joven)

30-59 (Adulto)

60 años a más (Adulto mayor)

➤ **Sexo:**

Hombre

Mujer

➤ **Grado de instrucción:**

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior técnica

Superior universitaria

➤ **Ocupación:**

Desempleado(a)

Estudiante

Profesional

Empleado(a)

Trabajador(a) independiente

➤ **Estado civil:**

Soltero(a)

Casado(a)

Conviviente

Divorciado(a)

Viudo(a)

➤ **Nivel socioeconómico:**

Pobreza extrema

Bajo

Medio bajo

Medio

Medio alto

Alto

➤ **Nivel de depresión**

Ausente

Leve

Moderado

Severa

Muy severa

## ANEXO 03

### DETERMINACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Fecha:

Nombres y apellidos:

**Instrumento del índice del nivel socioeconómico (NSE) de la Asociación de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI)**

Baños Completos	
RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 ó más	47

Número de dormitorios	
RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	6
2	12
3	17
4 ó más	23

Número de integrantes en el hogar $\geq$ 14 años que trabajan	
RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15
2	31
3	46
4 ó más	61

Número de autos	
RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	18
2 ó más	37

Internet	
RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	31

Educación del jefe de la casa	
RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	10
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	23
Secundaria completa	31
Carrera comercial	35
Carrera técnica	35
Universidad incompleta	35
Universidad completa	43
Licenciatura incompleta	59
Licenciatura completa	73
Diplomado o Maestría	101
Doctorado	101

PUNTAJE TOTAL:

**Interpretación del puntaje total:**

- E (NSE pobreza extrema): 0 a 47 puntos.
- D (NSE bajo): 48 a 89 puntos.
- D+ (NSE medio bajo): 90 a 124 puntos.
- C (NSE medio): 125 a 165 puntos.
- C+ (NSE medio alto): 166 a 204 puntos.
- A/B (NSE alto): 205 a más puntos.

## ANEXO 04

### DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN

Fecha:

Nombres y apellidos:

**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y TUBERCULOSIS EN  
LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DE  
NEUMOLOGÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN  
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO A DICIEMBRE 2019”**

#### ESCALA DE HAMILTON – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

<b>1. Humor depresivo</b> (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) – Ausente – Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente – Estas sensaciones las relata espontáneamente – Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) – Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	0 1 2 3 4
<b>2. Sentimientos de culpa</b> – Ausente – Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente – Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones – Siente que la enfermedad actual es un castigo – Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	0 1 2 3 4
<b>3. Suicidio</b> – Ausente – Le parece que la vida no vale la pena ser vivida – Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse – Ideas de suicidio o amenazas – Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0 1 2 3 4
<b>4. Insomnio precoz</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– No tiene dificultad</li> <li>– Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño</li> <li>– Dificultad para dormir cada noche</li> </ul>	0 1 2
<b>5. Insomnio intermedio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No hay dificultad</li> <li>– Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li> <li>– Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</li> </ul>	0 1 2
<b>6. Insomnio tardío</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No hay dificultad</li> <li>– Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</li> <li>– No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li> </ul>	0 1 2
<b>7. Trabajo y Actividades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No hay dificultad</li> <li>– Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</li> <li>– Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li> <li>– Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</li> <li>– Dejó de trabajar por la presente enfermedad</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>8. Retardo o Inhibición</b> (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Palabra y pensamiento normales</li> <li>– Ligeramente retrasado en el diálogo</li> <li>– Evidente retraso en el diálogo</li> <li>– Diálogo difícil</li> <li>– Torpeza absoluta</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>9. Agitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ninguna</li> <li>– «Juega» con sus manos, cabellos, etc.</li> <li>– Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</li> </ul>	0 1 2
<b>10. Ansiedad psíquica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No hay dificultad</li> <li>– Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>– Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>– Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</li> <li>– Terrores expresados sin preguntarle</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>11. Ansiedad somática</b> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausente</li> <li>– Ligera</li> <li>– Moderada</li> <li>– Grave</li> <li>– Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ninguno</li> <li>– Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>– Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2
<b>13. Síntomas somáticos generales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ninguno</li> <li>– Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</li> <li>– Cualquier síntoma bien definido se califica 2</li> </ul>	0 1 2
<b>14. Síntomas genitales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausente</li> <li>– Débil</li> <li>– Grave</li> <li>– Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3
<b>15. Hipocondría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– No la hay</li> <li>– Preocupado de sí mismo (corporalmente)</li> <li>– Preocupado por su salud</li> <li>– Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</li> <li>– Ideas delirantes hipocondríacas</li> </ul>	0 1 2 3 4
<b>16. Pérdida de peso</b> (completar A o B) <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> <li>– No hay pérdida de peso</li> <li>– Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</li> <li>– Pérdida de peso definida (según el enfermo)</li> </ul> </li>   <li>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</li> <li>– Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</li> <li>– Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</li> </ul> </li> </ul>	0 1 2  0 1 2
<b>17. Insight o introspección</b> (conciencia de enfermedad)	

- Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.	1
- Niega que esté enfermo	2

PUNTAJE TOTAL:

**Interpretación del puntaje total:**

- Normal: 0 a 7 puntos.
- Depresión leve: 8 a 13 puntos.
- Depresión moderada: 14 a 18 puntos.
- Depresión severa: 19 a 22 puntos.
- Depresión muy severa: 23 o más puntos.