

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA



TESIS

“Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en
personas atendidas por tuberculosis pulmonar. Hospital Regional
Hermilio Valdizán, Huánuco, 2024”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y
DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTOR: Pérez Quispe, Fausto Roy

ASESOR: Borneo Cantalicio, Eler

HUÁNUCO – PERÚ

2026

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:**

- Tesis (x)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2020)**CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:****Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud**Sub área:** Ciencias de la salud**Disciplina:** Salud pública, Salud ambiental**DATOS DEL PROGRAMA:**

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestro en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (x)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42082432

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40613742

Grado/Título: Maestro en ciencias de la salud con mención en. salud pública y docencia universitaria"

Código ORCID: 0000-0002-6273-9818

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Jara Claudio, Edith Cristina	Doctor en ciencias de la educación	22419984	0000-0002-3671-3374
2	Argandoña Salazar, Leonor Julia	Doctor en ciencias de la salud	22404394	0000-0003-4682-776X
3	Berrios Esteban, Diza	Maestro en salud pública y gestión sanitaria	22515625	0000-0002-5214-0836



UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO (A) EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16:30 horas del día 07 del mes de Septiembre del año 2026, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Edith JARA CLAUDIO (PRESIDENTA)
- Dra. Leonor ARGANDOÑA SALAZAR (SECRETARIA)
- Mg. Diza BERRIOS ESTEBAN (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°649-2026-D-EPG-UDH, de fecha 03 de setiembre de 2026, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: "RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS ATENDIDAS POR TUBERCULOSIS PULMONAR. HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN, HUÁNUCO, 2024", presentado (a) por el/la graduando Fausto Roy PEREZ QUISPE, para optar el Grado Académico de Maestro con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno.

Siendo las 5:30 PM horas del día 07 del mes de Septiembre del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRÉSIDENTA

Dra. Edith JARA CLAUDIO

Código ORCID: 0000-0002-5049-5887

DNI: 22419984

SECRETARIO

Dra. Leonor ARGANDOÑA SALAZAR

Código ORCID: 0000-0003-4682-776X

DNI: 22404394

VOCAL

Mg. Diza BERRIOS ESTEBAN

Código ORCID: 0000-0002-5214-0836

DNI: 22515625



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **FAUSTO ROY PEREZ QUISPE**, de la investigación titulada "Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar. Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2024", con asesor(a): **ELER BORNEO CANTALICIO**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 303-2024-D-EPG-UDH** del P. A. de MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 16 de junio de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una vigencia de cuatro (4) meses, conforme a lo establecido en la Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad, aprobada mediante Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 16 de octubre de 2026.

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 - Jr. Progreso N° 650 - Teléfono: 952 069 844
Huánuco - Perú

42. FAUSTO ROY PEREZ QUISPE.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.autonomadeica.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.uch.edu.pe

Fuente de Internet

1%



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Dedico con mucha estima a mis padres, Fausto y Sofia, a mi esposa Edith, por su incondicional amor y confianza a lo largo de mis estudios y a mis preciosos hijos Fátima y Sebastián motivos para seguir adelante. Bendiciones para todos.

AGRADECIMIENTO

Agradecer infinitamente a Dios por su bendición en cada amanecer, a los docentes de la Maestría por sus enseñanzas, a mi asesor por su tiempo y su apoyo incondicional, a mis jurados por sus valiosos aportes, paciencia y comprensión en el desarrollo del presente estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	XII
CAPITULO I	13
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	16
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPITULO II	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	21
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	24

2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN	26
2.2.2. TEORÍAS COGNITIVAS DE LA DEPRESIÓN	27
2.2.3. TEORÍAS BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN	28
2.2.4. PRUEBAS QUE EVALÚAN LA DEPRESIÓN	28
2.2.5. DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN	31
2.2.6. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	32
2.2.7. MODELOS TEÓRICOS SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	33
2.2.8. MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA....	35
2.2.9. RAZONES PARA LA NO ADHERENCIA	39
2.2.10. TUBERCULOSIS PULMONAR	41
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	44
2.4. HIPÓTESIS	46
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	46
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	46
2.5. VARIABLES	47
2.5.1. VARIABLE 1	47
2.5.2. VARIABLE 2	47
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	48
CAPÍTULO III	51
MARCO METODOLÓGICO	51
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.2. ENFOQUE	51
3.3. ALCANCE	51
3.4. DISEÑO	51
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.5.1. POBLACIÓN	52
3.5.2. MUESTRA	52
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
3.6.1. TÉCNICAS	53

3.6.2 INSTRUMENTOS	53
3.6.3 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	57
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	58
CAPITULO IV	59
RESULTADOS	59
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	59
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES Y/O CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	77
CAPITULO V	83
5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	83
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción del grupo etario de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	59
Tabla 2. Descripción del género de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	61
Tabla 3. Descripción del nivel cultural de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	62
Tabla 4. Descripción de la ocupación de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	63
Tabla 5. Descripción del estado civil de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	64
Tabla 6. Descripción de la procedencia de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	65
Tabla 7. Nivel de depresión de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar	66
Tabla 8. Nivel de humor depresivo en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	67
Tabla 9. Nivel de anergia en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	68
Tabla 10. Nivel de discomunicación en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	69
Tabla 11. Nivel de ritmopatía en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	70
Tabla 12. Adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	71
Tabla 13. Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	72
Tabla 14. Relación entre de humor depresivo y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	73
Tabla 15. Relación entre anergia y falta de adherencia terapéutica en personas	

atendidas por tuberculosis pulmonar	74
Tabla 16. Relación entre discomunicación y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	75
Tabla 17. Relación entre ritmopatía y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	76
Tabla 18. Prueba de normalidad de la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	77
Tabla 19. Correlación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	78
Tabla 20. Correlación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	79
Tabla 21. Correlación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	80
Tabla 22. Correlación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	81
Tabla 23. Correlación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Descripción del grupo etario de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	59
Figura 2. Descripción del género de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	61
Figura 3. Descripción del nivel cultural de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	62
Figura 4. Descripción de la ocupación de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	63
Figura 5. Descripción del estado civil de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	64
Figura 6. Descripción de la procedencia de personas atendidas por tuberculosis pulmonar	65
Figura 7. Nivel de depresión de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar	66
Figura 8. Nivel de humor depresivo en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	67
Figura 9. Nivel de anergia en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	68
Figura 10. Nivel de discomunicación en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	69
Figura 11. Nivel de ritmopatía en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	70
Figura 12. Adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar	71

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco 2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal realizado en 30 pacientes con tuberculosis pulmonar en tratamiento. La depresión fue evaluada mediante el Cuestionario Estructural Tetradimensional y la adherencia terapéutica con el cuestionario de Morisky-Green. El análisis de datos se efectuó en SPSS v26, empleando el coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 19 varones y 11 mujeres. El 66.7% presentó depresión moderada, el 26.7% leve y el 6.6% no evidenció depresión. En cuanto a la adherencia, el 53.3% fue adherente y el 46.7% no lo fue. Se obtuvo un $Rho = -0.485$ y $p = 0.007$, evidenciando relación significativa entre las variables. **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: Depresión, adherencia, terapéutica, tuberculosis, pulmonar.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between depression and lack of therapeutic adherence in patients treated for pulmonary tuberculosis at the Hermilio Valdizán Regional Hospital, Huánuco 2024. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted in 30 patients with pulmonary tuberculosis undergoing treatment. Depression was assessed using the Tetradimensional Structural Questionnaire, and therapeutic adherence was measured using the Morisky-Green questionnaire. Data analysis was performed using SPSS v26, applying Spearman's rank correlation coefficient. **Results:** The sample consisted of 19 males and 11 females. A total of 66.7% presented moderate depression, 26.7% mild depression, and 6.6% showed no signs of depression. Regarding adherence, 53.3% were adherent, while 46.7% were non-adherent. The analysis yielded a $Rho = -0.485$ and $p = 0.007$, indicating a statistically significant relationship between the variables. **Conclusions:** There is a statistically significant relationship between depression and lack of therapeutic adherence in patients with pulmonary tuberculosis.

Keywords: Depression, adherence, therapy, pulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración del estado de ánimo caracterizada por una tristeza persistente y una disminución notable del interés o placer en diversas actividades. La OMS destaca que la depresión es un problema de salud mental común y frecuente en las personas afectadas por tuberculosis (TB), con una alta prevalencia que afecta negativamente el tratamiento y la recuperación del paciente. El Ministerio de Salud, atendió 280917 casos de depresión durante el año 2023, el 75.5 % pertenecen al sexo femenino y el 16.5 % a menores de edad.

El incumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis está asociado con una mayor probabilidad de que la enfermedad continúe propagándose en la comunidad, favorece el desarrollo de resistencia, eleva el riesgo de muerte y deteriora la calidad de vida de los pacientes.

La tuberculosis constituye un desafío sanitario global, originado por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que afecta principalmente los pulmones y se propaga de una persona a otra por vía aérea. En la región de las Américas, durante el año 2023, se reportaron aproximadamente 342,000 nuevos casos y 35,000 fallecimientos asociados a esta enfermedad.

Con base en lo previamente señalado, se establece como propósito analizar la relación entre la depresión y el incumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco durante el año 2024. En este contexto, el trabajo de investigación está estructurado en cinco capítulos.

El primer capítulo abarca la descripción del problema, la formulación del mismo, la justificación, los objetivos, limitaciones y viabilidad del estudio.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico, integrado por los antecedentes del estudio, los fundamentos teóricos, las definiciones

conceptuales, el sistema de hipótesis, las variables y su respectiva operacionalización.

El tercer capítulo aborda el marco metodológico, incluyendo el enfoque del estudio, así como la población y la muestra consideradas, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, la validez y la confiabilidad de los instrumentos, técnicas para el procesamiento y su análisis.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación junto con un análisis descriptivo e inferencial.

Finalmente, en el quinto capítulo contiene la discusión de los resultados. A su vez se incluyen las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis representa un serio problema de salud pública a nivel global, ya que se encuentra entre las enfermedades infecciosas con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en países en vías de desarrollo. Se posiciona entre las diez principales causas de mortalidad a nivel global y constituye la principal causa de muerte atribuible a un único agente infeccioso (1). En el año 2022, Tras la pandemia de COVID-19, la tuberculosis pasó a ocupar el segundo lugar entre las enfermedades infecciosas con mayor número de fallecimientos a nivel mundial (2).

En el ámbito global, se calculó que alrededor de 10.6 millones de individuos desarrollaron tuberculosis y se estima que alrededor de 1,3 millones de personas fallecieron debido a esta enfermedad, de las cuales aproximadamente 167 000 presentaban coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En la región de las Américas, durante 2022 se proyectaron aproximadamente 325,000 nuevos casos de tuberculosis, de los cuales se reportaron 239,987 (3).

En el Perú se registran aproximadamente 17 000 nuevos casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva, además de casos adicionales de enfermedad activa, lo que posiciona al país entre los de mayor incidencia de tuberculosis en la región de las Américas (4). En la región de Huánuco, la Dirección Regional de Salud presenta un preocupante aumento de casos de tuberculosis; en el año 2022 se registró 568 casos, lo que se representa un incremento del 5% respecto al año anterior; dentro de los distritos con mayor incidencia son Amarilis, Huánuco y Tingo María.

La eficacia del tratamiento contra la tuberculosis depende en gran medida de que el paciente siga correctamente el régimen de medicamentos, es decir, de su adherencia terapéutica. Cuando esta adherencia es deficiente en casos de tuberculosis pulmonar, se agrava el panorama epidemiológico debido al incremento de nuevos casos; además, a nivel individual, favorece el fracaso del tratamiento y la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos (4).

El incumplimiento del tratamiento antituberculoso representa un problema creciente de salud pública, ya que dificulta las acciones de prevención y control de la enfermedad. Una adherencia inadecuada puede prolongar la fase contagiosa, favorecer la aparición de resistencia a los fármacos, provocar recaídas e incluso derivar en el fallecimiento (5).

La tuberculosis suele relacionarse con la presencia de alteraciones emocionales, siendo común que los pacientes experimenten algún grado de depresión reactiva ante las dificultades del tratamiento. Estas condiciones pueden generar o intensificar problemas en la salud mental, lo que a su vez favorece el incumplimiento terapéutico (6).

En el Hospital Regional Hermilio Valdizán el 2023, se registraron 46 casos de tuberculosis, un incremento de 2.17% en relación al año anterior.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Sobre la base de la problemática expuesta, formulamos las siguientes interrogantes:

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar en el Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es la relación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar?

¿Cuál es la relación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar?

¿Cuál es la relación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar?

¿Cuál es la relación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la relación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Identificar la relación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Identificar la relación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Identificar la relación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La investigación tiene como finalidad analizar la relación entre la depresión y el incumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, así como abordar ambas variables desde su conceptualización hasta los enfoques teóricos que las sustentan. Las diversas teorías que han surgido alrededor de la depresión y la adherencia terapéutica están estrechamente relacionadas, ya que los procesos mentales, emocionales y sociales asociados con la depresión afectan profundamente la motivación y el compromiso del paciente en su tratamiento.

La depresión ejerce un efecto social profundamente perjudicial en el manejo de la tuberculosis, pues disminuye el cumplimiento del tratamiento, eleva la probabilidad de fracaso terapéutico y de resistencia a los medicamentos, prolonga el período de contagio y la mortalidad, y además favorece el estigma y el aislamiento, afectando negativamente la calidad de vida y generando mayores costos para la sociedad.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Los resultados que se obtuvieron en este estudio son relevantes, las cuales permiten a los responsables del manejo de los pacientes afectados por tuberculosis el desarrollo de intervenciones eficaces orientadas a fortalecer el cumplimiento del tratamiento en los pacientes, al mismo tiempo que permiten un uso más eficiente de los recursos sanitarios y contribuyen a disminuir los costos, con un enfoque integral, que incluya educación, apoyo social, tecnología y seguimiento continuo, lo que a su vez contribuye a una mejor calidad de vida para los pacientes.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La relevancia metodológica del presente estudio radica en la secuencia lógica para asegurar la calidad del estudio y el cumplimiento de los objetivos establecidos, los instrumentos que se aplicaron en el estudio fueron validados y con alta confiabilidad; los resultados descriptivos e inferenciales mediante los estadísticos de prueba permitieron validar, interpretar y justificar los resultados del estudio, así mismo los datos obtenidos servirán como antecedentes para futuras investigaciones, también permite conocer los niveles de depresión, como también identificar el grado de adherencia terapéutica de la población en estudio, ya que en función a este conocimiento se puedan formular otros estudios de mayor nivel.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la ejecución del estudio se identificaron algunas limitaciones, entre ellas la ausencia de los pacientes a las citas programadas, atribuida a motivos personales, problemas de salud u otras actividades que dificultaron la aplicación de los instrumentos.

La escasez de estudios locales representó una dificultad para recopilar información; no obstante, se recurrió a literatura nacional e internacional relacionada con depresión, tuberculosis y adherencia terapéutica.

Otra limitación radica en la posible falta de exactitud de las respuestas proporcionadas por los pacientes durante la aplicación de los cuestionarios, lo que podría generar subestimación en la detección de depresión. Asimismo, el número de pacientes con tuberculosis atendidos en el hospital es reducido, ya que en la región Huánuco los centros y puestos de salud también realizan el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La factibilidad del estudio se sustenta en la disponibilidad y acceso a la muestra previamente seleccionada. Asimismo, se contó con la autorización del director del Hospital Regional Hermilio Valdizán y también del responsable de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis para recolectar información.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el 2021, Cornejo (7) en su estudio titulado “Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de la Unidad de Medicina Familiar N° 15” señala que la tuberculosis es una patología infecciosa originada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, la cual compromete principalmente el sistema pulmonar. En este estudio se emplearon dos instrumentos: uno para medir la adherencia al tratamiento y otro para evaluar el apoyo social en pacientes con tuberculosis en tratamiento en la Unidad de Medicina Familiar. La muestra estuvo conformada por 51 pacientes con TB. Los resultados evidenciaron un nivel de apoyo social muy alto y una adherencia terapéutica de nivel intermedio, aunque la mayoría indicó un adecuado manejo de su medicación. Asimismo, se identificó una correlación moderada entre ambas variables, respaldando la hipótesis de que un mayor apoyo social se asocia con un mejor cumplimiento del tratamiento.

En el 2019, Bacilio (8) realizó la investigación denominada “Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Santa Elena, 2019” estuvo orientada a evaluar el cumplimiento terapéutico de los pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en dicho establecimiento de salud. se planteó como objetivo analizar el nivel de cumplimiento terapéutico en personas que recibían tratamiento antituberculoso en dicho establecimiento. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y diseño transversal, considerando una población de 30 pacientes incluidos en la Estrategia de Prevención y

Control de la TB. Los resultados evidenciaron un bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento, ya que el 62% desconocía los efectos adversos de los medicamentos. Asimismo, se identificaron factores relacionados con el abandono terapéutico, como reacciones adversas, depresión, falta de apoyo familiar, lejanía del establecimiento de salud y deficiente atención del personal. Se concluyó que los pacientes no presentaban una adecuada adherencia al tratamiento.

En el 2021, Preciado (9) desarrolló la investigación titulada “Calidad de atención al paciente con diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Nuevo Quinindé Distrito 08D04”. La investigación estuvo orientada a analizar la calidad de atención y los factores asociados al inadecuado seguimiento y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis atendidos en el Centro de Salud Nuevo Quinindé, distrito 08D04, entre enero y diciembre de 2021. Se desarrolló bajo un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), con diseño transversal y alcance descriptivo, considerando una muestra de 11 pacientes diagnosticados y en tratamiento por tuberculosis pulmonar. Los hallazgos mostraron que el 72,73% de los pacientes consideró adecuada la atención brindada por el personal de salud. No obstante, El 45,45% indicó que la disponibilidad de medicamentos era regular y que sus ingresos mensuales eran menores a 100 dólares. Se concluyó que es necesario fortalecer los servicios de salud para mejorar la adherencia al tratamiento.

En el, 2020, Ruiz (10) realizó la investigación titulada “Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de tuberculosis adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 11, Tapachula, Chiapas” tuvo como finalidad identificar los factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis. El estudio, de tipo observacional y transversal, se realizó mediante encuestas a 37 pacientes durante el año 2018, utilizando el cuestionario de Morisky-Green-Levine.

Los resultados evidenciaron que el 81% presentó adherencia al tratamiento, mientras que el 19% no cumplió adecuadamente. Además, se concluyó que una adecuada atención en los servicios de salud favorece la confianza y el cumplimiento terapéutico.

En el 2019, Sanz (11) en su investigación titulada “La depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA: Revisión Narrativa”, se buscó analizar las intervenciones y cuidados de enfermería dirigidos al manejo de la depresión en pacientes con VIH/SIDA, así como determinar su efectividad. Para ello, se desarrolló una revisión narrativa mediante la información se recopiló mediante la consulta de bases de datos como PsycINFO, PubMed, CINAHL, SciELO y Cuiden. A partir de ello, se eligieron 20 artículos para su análisis, los cuales trataban sobre la efectividad de diversas intervenciones psicológicas y psicosociales orientadas a disminuir la depresión en personas con VIH.

Estos estudios fueron realizados en diversos contextos, con poblaciones, tamaños muestrales y periodos de seguimiento variables. Se concluyó que las intervenciones psicológicas y psicosociales evaluadas demostraron ser efectivas en la disminución de los síntomas depresivos en pacientes con SIDA/VIH.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En el 2021, Jonis et al. (12) desarrolló la investigación denominada “Depresión como factor relacionado con el abandono y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible del CMI Buenos Aires de Villa de Chorrillos”, cuyo propósito fue analizar si la depresión influye en el abandono y en el inadecuado cumplimiento terapéutico en estos pacientes. La investigación correspondió a un diseño no experimental, de tipo analítico, con enfoque de cohorte retrospectiva.

Los hallazgos mostraron que el 18,3% de los pacientes abandonó el tratamiento, el 42,5% presentó baja adherencia terapéutica y el 53,6% evidenció síntomas de depresión. En base a estos resultados, se concluyó que la depresión representa un factor asociado al abandono y al escaso cumplimiento del tratamiento.

En el 2023, Bravo (13) en su estudio “Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de un hospital de El Empalme, 2022” tuvo como objetivo analizar la relación entre la depresión y el cumplimiento del tratamiento en 60 pacientes con tuberculosis. Los resultados evidenciaron una relación negativa significativa entre ambas variables, predominando la depresión leve y la alta adherencia terapéutica. Se concluyó que la depresión afecta de manera desfavorable el cumplimiento del tratamiento.

En el 2020, Ccencho (14) en su estudio denominado “Problemas relacionados con medicamentos y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el CMI Rímac”, se analizó el efecto del seguimiento farmacoterapéutico en la identificación de problemas asociados al uso de medicamentos y en la mejora de la adherencia al tratamiento. Entre los principales problemas detectados destacaron las reacciones adversas y los esquemas terapéuticos inadecuados. Se concluyó que la intervención del químico farmacéutico contribuyó significativamente a resolver estos problemas y a fortalecer el cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis.

En el 2021, Gómez (15) en su investigación titulada “Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento de la tuberculosis en la ESPCTB del Hospital Regional de Ica, 2021”, se evaluó la relación entre el conocimiento sobre la tuberculosis y el cumplimiento terapéutico. Los resultados mostraron predominio de un nivel intermedio de conocimientos

y una adherencia completa al tratamiento en la mayoría de pacientes. Asimismo, se encontró una relación significativa entre ambas variables.

En el 2020, Rosales (16) en su estudio “Factores de adherencia terapéutica en adultos con tuberculosis en la Red Valle del Mantaro, 2018”, se buscó identificar los principales factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar. Se realizó bajo un diseño observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal, La investigación incluyó una muestra de 105 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, quienes fueron atendidos en establecimientos de salud de la Red Valle del Mantaro durante el año 2018. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario de Morisky-Green-Levine. Los resultados evidenciaron que los factores más relevantes en la adherencia fueron la disponibilidad de medicamentos, los antecedentes de fracaso terapéutico y la aparición de reacciones adversas. Se concluyó que el 58,1% de los pacientes mostró adherencia al tratamiento, identificándose que los factores asociados se relacionan con la enfermedad, el personal de salud y las características del paciente.

En el 2018, Gordillo (17) en su estudio “Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacútec-Ventanilla”, se analizó la relación entre la adherencia terapéutica y la depresión en 40 pacientes con tuberculosis durante el año 2018. La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance correlacional. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de adherencia y el Test de Depresión de Zung. Finalmente, se concluyó que no existió una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la depresión.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En el 2022, Veramendi (18) en el estudio “Depresión y productividad laboral en el periodo de la pandemia del SARS-CoV-2 en trabajadores de salud de la DIRESA Huánuco, 2020”, se buscó determinar la relación entre la depresión y la productividad laboral en trabajadores de salud durante la pandemia. La investigación fue de tipo correlacional y la investigación incluyó una muestra de 100 trabajadores de la Dirección Regional de Salud, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados evidenciaron que el nivel predominante de depresión fue mínimo (59%), seguido de un 18% en nivel moderado, 16% leve y 7% severo. En cuanto a la productividad laboral, predominó el nivel alto (63%), seguido del nivel medio (35%) y bajo (16%). Se concluyó que existe una correlación negativa débil entre ambas variables ($r = -0.028$), con un valor de significancia $p = 0.783$, mayor a 0.05, lo que evidencia que no existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la productividad laboral.

En el 2019, Marquina (19) en su estudio “La depresión y el rendimiento académico de los estudiantes de cuarto año de la institución educativa Juan Velasco Alvarado – 2019”, se analizó la relación entre la depresión y el rendimiento académico en estudiantes de secundaria. La investigación fue básica, de nivel correlacional y diseño no experimental. Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En el 2019, Asca (20) realizó la investigación “Depresión y calidad de vida en pacientes no adherentes al TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue”, se evaluó la relación entre la depresión y la calidad de vida en pacientes que no cumplían con el tratamiento antirretroviral durante el año 2017. La investigación fue de tipo básica, orientada a la

comprensión de los fenómenos tal como se presentan en la realidad, y contó con una muestra de 169 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 68.6% de los participantes presentó depresión durante una buena parte del tiempo, El 29.0% la presentó la mayor parte del tiempo, mientras que el 2.4% lo hizo con menor frecuencia. Respecto a la calidad de vida, el 80,5% presentó niveles bajos y el 19,5% una calidad de vida deficiente. Se concluyó que existe una relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en los pacientes evaluados.

En el 2019, Cotrina (21) en su estudio “Estrategias de afrontamiento en usuarios con tuberculosis atendidos en el Hospital Base II - Essalud, Huánuco 2021”, se buscó identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con tuberculosis. Se desarrolló como una investigación descriptiva simple en una muestra de 42 usuarios atendidos en el Hospital Base II. Los resultados mostraron la predominancia de diferentes estilos de afrontamiento, tanto en términos generales como en las estrategias orientadas al problema, a la emoción y a otros tipos de mecanismos de afrontamiento.

En el 2023, Chuquiyauri (22) en su estudio “Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a los establecimientos de salud de Huánuco 2023”, se determinó el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en establecimientos de salud de Huánuco. La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño simple, con una muestra de 45 pacientes evaluados mediante la Escala de Depresión de Zung. Los resultados mostraron predominio de depresión leve, seguida de ausencia de depresión y depresión moderada.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

Los enfoques tradicionales para abordar la depresión se distinguen por priorizar una metodología científica por encima de la aplicación de una teoría específica o de un conjunto determinado de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). En este sentido, las intervenciones conductuales se sustentan principalmente en evidencias provenientes de la psicología experimental, enfocándose en los comportamientos actuales más que en los antecedentes de aprendizaje. Desde la perspectiva conductual, la depresión unipolar se entiende como una condición adquirida, vinculada a interacciones desfavorables entre la persona y su entorno. (23).

a. La disminución del refuerzo positivo

La depresión puede originarse a partir de una disminución en los estímulos positivos que refuerzan la conducta del individuo. El nivel global de este tipo de refuerzos depende de tres aspectos: la frecuencia con la que la persona experimenta situaciones potencialmente gratificantes, la presencia real de dichos estímulos en su entorno y las habilidades que posee como las sociales para lograr obtener recompensas a partir de sus acciones. (23).

b. Entrenamiento en autocontrol

En un intento por conciliar los componentes conductuales y cognitivos de la depresión, Rehm (1977). Se propuso un modelo de autocontrol en el que se destacan elementos como el establecimiento gradual de metas, el uso del autorrefuerzo, la regulación de contingencias y la ejecución conductual como estrategias para abordar la depresión. Desde esta perspectiva, la depresión se entiende como una consecuencia negativa del desequilibrio en la relación entre recompensas y castigos. La

teoría del autocontrol destaca cómo las acciones y los pensamientos de una persona contribuyen a esta relación desfavorable (23).

c. El modelo Nezu

Según la teoría la propuesta por Nezu y sus colaboradores, la incapacidad o ineficacia de una persona para gestionar problemas es la causa principal del inicio y la persistencia de la depresión. Nezu indicó que múltiples estudios han evidenciado una asociación entre la presencia de síntomas depresivos y las limitaciones en las habilidades de resolución de problemas, tanto en población adulta como infantil. Nezu y Ronan (1985) propusieron que, a la luz de esta relación, las habilidades para resolver problemas podrían mitigar la relación entre el estrés y la depresión (23).

2.2.2. TEORÍAS COGNITIVAS DE LA DEPRESIÓN

Los enfoques cognitivos parten de la premisa de que la manera en que una persona interpreta una experiencia es más determinante que el evento objetivo ocurrido. Esta corriente terapéutica proviene de una tradición intelectual que se remonta a la filosofía estoica y que, en tiempos más recientes, se ha vinculado con la psicopatología basada en la evidencia empírica. (23).

a. La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Según la teoría de Seligman (1975), La depresión se presenta cuando el individuo no logra identificar la conexión existente entre sus propias conductas y las consecuencias que estas generan, ya sean positivas o negativas. Seligman denominó a esto "indefensión aprendida". Esta expresión describe una condición pasiva, así como otras actitudes que surgen en una

persona que ha estado expuesta a un proceso en el que la actividad y sus resultados no son contingentes (23).

b. La teoría cognitiva de Beck

La hipótesis cognitiva propuesta por Beck y sus colegas (1979), que sostiene que la depresión se debe principalmente a la percepción errónea que tiene el individuo de los eventos y circunstancias que experimenta, constituye actualmente la base de la mayor parte de la investigación empírica sobre la depresión. Tres ideas fundamentales son esenciales para este marco teórico: esquemas, contenido cognitivo y cognición (23).

2.2.3. TEORÍAS BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

La mayoría de los modelos teóricos sobre la depresión sugieren la existencia de alteraciones en uno o varios sistemas neuroquímicos cerebrales. Sin embargo, pese a la amplia investigación realizada en las últimas décadas sobre sus bases biológicas, aún existe conocimiento limitado respecto a la influencia exacta de los factores biológicos en el origen y desarrollo de la depresión mayor (23).

2.2.4. PRUEBAS QUE EVALÚAN LA DEPRESIÓN

Para la medición de la depresión se dispone de diversos instrumentos validados que han sido utilizados para identificar sus niveles. Entre los más reconocidos se encuentran los que se describen a continuación:

a. Escala Heteroaplicada de Hamilton para la Depresión

(HRSD), se trata de una herramienta clínica desarrollada en 1960, diseñada para identificar la presencia de síntomas depresivos en los pacientes y, además, para monitorear su

evolución. En la actualidad, es uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de esta condición debido a su alta confiabilidad y validez (24).

- b. Inventario de Depresión de Beck**, en 1961, Beck elaboró un inventario conformado por 21 ítems con opciones de respuesta múltiples, diseñado para evaluar la presencia y la intensidad de la depresión. Este instrumento es reconocido como una de las aportaciones más importantes del psiquiatra en este ámbito. Además, Beck es reconocido como el precursor de la Terapia Cognitiva de los trastornos mentales, relacionada también con el procedimiento PRIME-MD (24).
- c. Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)**, la Escala de Depresión de **Montgomery-Åsberg** es uno de los instrumentos más utilizados por los profesionales de la salud mental para la evaluación de la depresión. Se trata de una escala de aplicación heteroaplicada que ha demostrado ser altamente eficaz para identificar los síntomas depresivos y determinar su nivel de gravedad (24).
- d. Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)**, se trata de un instrumento de autoaplicación diseñado para detectar la presencia de síntomas asociados a la depresión. Forma parte de una versión abreviada del módulo de depresión del *Primary*

Care Evaluation of Mental Disorders Procedure, conocido como PRIME-MD (24).

- e. **Inventario de Salud Mental de 5 reactivos (MHI-5)**, este instrumento está compuesto por cinco criterios de evaluación en formato de escala de autoaplicación, los cuales permiten identificar la presencia de indicadores depresivos en los pacientes. Se considera una versión abreviada del SF-36, enfocándose en una de sus ocho dimensiones para la medición. Su aplicación se realiza tanto en adultos como en adolescentes, mostrando resultados confiables, y en la actualidad continúa siendo validado en diferentes poblaciones a nivel mundial (24).
- f. **Test Autoaplicado de Depresión de Zung**, este instrumento consiste en un cuestionario de autoadministrado que contiene 20 enunciados vinculados a la depresión, distribuidas en partes iguales entre formulaciones positivas y negativas. La escala da especial relevancia a los síntomas somáticos y cognitivos, con ocho ítems destinados a cada uno de estos aspectos. Además, incluye dos ítems relacionados con el estado de ánimo y otros dos orientados a los síntomas psicomotores (25).
- g. **EL CET-DE**, Se trata de un cuestionario de aplicación heteroadministrada, lo que implica que debe ser administrado

por un entrevistador. Está diseñado para evaluar la depresión en adolescentes y adultos. Su versión completa está compuesta por 63 ítems, mientras que la versión abreviada incluye 16 ítems que permiten identificar la presencia de síntomas depresivos, organizados en cuatro dimensiones independientes (26).

2.2.5. DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN

Para la identificación de la depresión, el Dr. Francisco Alonso Fernández plantea cuatro vías que deben considerarse de manera simultánea. Cada una de estas vías refleja un tipo de alteración que se descompone en sus manifestaciones más comunes, las cuales, a su vez, se organizan en cuatro dimensiones (27).

- a. El humor depresivo**, está vinculado al estado de ánimo, iniciándose con sentimientos de negatividad o irritabilidad, acompañados de desánimo, inquietud, desesperanza y otras emociones similares.
- b. La anergia**, se refiere a la disminución de la energía o del impulso vital, que suele manifestarse desde el aburrimiento hasta la apatía, junto con pensamientos repetitivos u obsesivos, reducción de la actividad física, sensación de fatiga y disminución del deseo sexual.
- c. La discomunicación**, se asocia a una reducción de la sociabilidad, iniciándose generalmente con sentimientos de

tristeza ante distintos acontecimientos, seguidos de distanciamiento social o aislamiento. También puede incluir disminución del rendimiento cognitivo y actividades pasivas como ver televisión o escuchar música.

- d. **La ritmopatía**, se relaciona con una alteración de los ritmos biológicos, manifestándose comúnmente mediante reducción del sueño, insomnio, disminución del apetito y pérdida de peso.

2.2.6. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- a. **Tratamiento Psicológico:** La terapia psicológica cognitivo-conductual, junto con la terapia interpersonal en menor medida, ha demostrado ser efectiva en el manejo de varios tipos de trastornos depresivos (28).
- b. **Tratamiento farmacológico:** Los recientes avances en la investigación han llevado al descubrimiento de una variedad de antidepresivos que son fáciles de usar, muy efectivos y con escasos efectos adversos. Solo el 5% de los pacientes experimenta somnolencia, y cuando esto ocurre, es leve y no interfiere con las actividades diarias del individuo (28).
- c. **Tratamiento electroconvulsivo:** La terapia electroconvulsiva, también conocida como electroshock, se considera el tratamiento más efectivo para casos de depresión mayor. No obstante, su uso inapropiado en el pasado y su representación exagerada en el cine han creado una percepción negativa en

la sociedad. En la actualidad, ese tratamiento se lleva a cabo bajo estándares médicos adecuados, sin provocar dolor ni efectos secundarios (28).

2.2.7. MODELOS TEÓRICOS SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Un modelo es un conjunto de elementos que intenta representar un aspecto de la realidad. Aunque puede originarse a partir de la observación directa o de una abstracción expresada mediante descripciones verbales, por lo general se construye sobre la base de teorías. A continuación, se presentan algunas de las principales formulaciones teóricas asociadas a estos modelos.

a. El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974)

Un grupo de psicólogos sociales del Departamento de Salud de los Estados Unidos, liderado por Hochbaum, creó el Modelo de Creencias en Salud en la década de 1950 con el propósito de comprender las razones por las cuales la población no participaba en los programas de detección precoz y prevención de enfermedades. La base de este paradigma es la teoría de las expectativas, que sostiene que el comportamiento de una persona está determinado en gran medida por dos factores: la importancia que le otorga a un objetivo determinado y su evaluación de la probabilidad de que realizar una acción específica dé como resultado el resultado deseado (29).

b. Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen 1991; Ajzen y Fishbein 1973)

El objetivo de esta teoría era crear un modelo basado en el estudio de las actitudes que pudiera predecir el comportamiento

con mayor precisión que los modelos de valor esperado anteriores. El apoyo de Fishbein y Ajzen a la premisa de que las creencias de las personas influyen en la formación de sus actitudes y en las normas subjetivas, las cuales, a su vez, influyen en nuestras intenciones y actos, aunque indirectamente, es lo que hace que su trabajo sea tan importante (29).

c. Modelos de los sistemas autorreguladores de Leventhal

Leventhal y sus colaboradores desarrollaron el modelo de Sistemas Autorreguladores con el objetivo de superar las limitaciones de la Teoría de la Acción Razonada y del Modelo de Creencias en Salud. Este enfoque pretende explicar la conducta de las personas frente a la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, los individuos son considerados agentes activos que monitorean continuamente su estado para mantener un funcionamiento óptimo mediante procesos de retroalimentación. A través de este modelo, se busca comprender cómo las personas autorregulan su comportamiento, permitiéndoles adaptarse a la enfermedad tanto en el corto como en el largo plazo (29).

d. Teoría de la autoeficacia de Bandura

El sustento teórico de la investigación sobre el papel de las expectativas en la adquisición o cambio de conductas se basa en la Teoría Cognitiva Social propuesta por Bandura (1986). De acuerdo con este enfoque, la motivación y el comportamiento humano están determinados en gran parte por las creencias de control, las cuales incluyen tres tipos de expectativas: las relacionadas con los resultados de la situación, las vinculadas a los resultados de la acción y la autoeficacia percibida, entendida como la confianza que tiene una persona en su capacidad para

ejecutar las acciones necesarias y alcanzar un objetivo deseado (29).

2.2.8. MÉTODOS PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

- a. Métodos directos**, los métodos directos consisten, por lo general, en medir la concentración de un medicamento, sus metabolitos o algún biomarcador en muestras biológicas como sangre u orina. Dentro de estas técnicas, asimismo, se considera la terapia directamente observada (DOT), que puede ser administrada por profesionales de la salud, trabajadores sociales, familiares o incluso por otros pacientes que padecen la misma enfermedad. Este tipo de intervención puede realizarse en distintos entornos, como establecimientos de salud, farmacias comunitarias, el hogar del paciente o la vivienda de un voluntario (30).
- b. Métodos indirectos**, en esta categoría se incluyen el recuento de medicamentos, el uso de dispositivos electrónicos, el examen de los registros de dispensación y Implica la verificación de los registros de dispensación de medicamentos, así como el análisis de la información proporcionada por el paciente o su responsable de su cuidado a través de la entrevista o la aplicación de cuestionarios validados, siendo este último el método más utilizado (30).
- c. Métodos basados en la entrevista clínica**
 - **Cuestionario ARMS-e**, la traducción al español del cuestionario ARMS, que se utiliza para evaluar la adherencia en pacientes con diversas enfermedades crónicas, se conoce como cuestionario ARMS-e, el cual emplea un enfoque multidimensional para evaluar la no adherencia, facilitando así la elaboración de intervenciones individualizadas según las dificultades

de cada paciente. Está compuesto por 12 ítems y no establece un punto de corte específico; en este caso, una menor puntuación refleja una mejor adherencia al tratamiento. Para su evaluación, se utiliza una escala tipo Likert con valores del 1 al 4, correspondientes a las opciones: nunca, a veces, casi siempre y siempre (30).

- **Test de Batalla (Prueba para evaluar el nivel de conocimiento del paciente acerca de su enfermedad)**, la idea detrás de este cuestionario es que una mayor adherencia se debe a que los pacientes comprenden mejor su situación. Incluye modificaciones para diversas afecciones crónicas y se utilizó inicialmente para evaluar la hipertensión. Se formulan tres preguntas y, si el paciente responde incorrectamente a alguna de ellas, se considera que no cumple con el tratamiento (30).
- **The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)**, la prueba BMQ fue creada por Horne y colaboradores para examinar las actitudes de los pacientes respecto a los medicamentos que podrían afectar el cumplimiento del tratamiento. Esta prueba se divide en dos secciones: el segmento BMQ-General, de ocho ítems, la primera parte del instrumento evalúa las creencias generales que tienen los pacientes sobre los medicamentos en general, mientras que la sección específica (BMQ-Específica), compuesta por diez ítems, se centra en analizar las percepciones de los pacientes respecto a su tratamiento particular (30).
- **Brief Medication Questionnaire (Cuestionario Breve de la Medicación)**, dicho instrumento evalúa la

conducta del paciente en relación con la toma de medicamentos, así como las dificultades que pueden influir en el cumplimiento del tratamiento. Se estructura en tres partes: la primera analiza el régimen terapéutico mediante siete preguntas sobre la forma en que el paciente tomó su medicación durante la semana previa; la segunda explora las creencias del paciente a través de dos ítems relacionados con los efectos del tratamiento y posibles molestias asociadas; y la tercera se enfoca en identificar olvidos en la toma de la medicación (30).

- **Drug Attitude Inventory (Inventario de Actitudes hacia la Medicación)**, el objetivo de este cuestionario de autoaplicación es analizar el nivel de adherencia al tratamiento en el ámbito psiquiátrico, además de explorar las actitudes y creencias relacionadas con el uso de medicamentos. Aunque en la práctica clínica se emplea con mayor frecuencia la versión abreviada de 10 ítems (DAI-10), el instrumento original está compuesto por 30 ítems (DAI-30) (30).
- **Test de Haynes-Sackett (o test del cumplimiento autocomunicado)**, el cual consiste en indagar sobre el grado de adherencia del paciente al tratamiento forma parte de este proceso. En una primera etapa, se busca establecer un clima de confianza con el fin de reducir la incomodidad ante las preguntas directas y favorecer respuestas más honestas y espontáneas (30).
- **Hill-Bone Compliance Scale**, dirigida a los pacientes con hipertensión, puede ser completada por estos pacientes. La prueba evalúa el comportamiento del

paciente y los obstáculos para la adherencia al tratamiento en tres áreas: adherencia a la medicación, asistencia a las citas médicas y consumo de sodio. (30).

- **The Medication Adherence Report Scale (escala informativa de cumplimiento de la medicación)**, este instrumento está compuesto por diez ítems que exploran las creencias del paciente y las barreras que afectan el cumplimiento del tratamiento. Para su elaboración se realizaron adaptaciones de los cuestionarios DAI y Morisky-Green. La puntuación total varía entre 0 y 10, donde los valores más altos reflejan una mayor adherencia terapéutica, lo que permite una evaluación más completa del comportamiento del paciente. No obstante, una limitación importante es que su validación se ha realizado únicamente en pacientes con psicosis. (30).
- **Test de Morisky-Green**, el cuestionario de Morisky-Green es uno de los instrumentos más reconocidos y empleados tanto en la práctica clínica como en el ámbito de la investigación. Su versión inicial está conformada por cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí/no), orientadas a identificar las dificultades que pueden interferir en el cumplimiento adecuado del tratamiento (30).
- **The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)**, con el objetivo de evaluar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral, se desarrolló y validó el cuestionario SMAQ en una amplia muestra de pacientes españoles. Este instrumento, con ciertas

adaptaciones, se fundamenta en el cuestionario de Morisky-Green (30).

- **Cuestionario MBG (Martín Bayare Grau)**, se trata de un cuestionario estándar de origen cubano utilizado para medir el cumplimiento terapéutico. Está conformado por 12 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, distribuidos en tres dimensiones: cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional. La adherencia se clasifica en tres niveles: adherencia completa, adherencia moderada y no adherencia (31).

2.2.9. RAZONES PARA LA NO ADHERENCIA

Una persona puede tener dificultades para seguir su tratamiento antituberculoso por diversas razones. La adherencia del paciente suele verse obstaculizada por las condiciones del centro médico y la conducta de su personal. Sin embargo, durante la entrevista con la enfermera, se pueden identificar factores de riesgo de incumplimiento terapéutico y, por consiguiente, de abandono del tratamiento (32). Aquí tenemos algunos factores:

- a. Factores socioeconómicos**, las condiciones de vida inestables, la ausencia de redes de apoyo social, el escaso nivel educativo, El bajo nivel socioeconómico, la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la distancia hacia los centros de tratamiento, el elevado costo del transporte, el precio de los medicamentos, las variaciones del entorno, las creencias

culturales y populares sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la disfunción familiar, entre otros factores (32).

b. Factores relacionados con la atención médica, la Organización Mundial de la salud (OMS) (32) Entre los factores vinculados al equipo de salud que pueden afectar negativamente la adherencia al tratamiento se encuentran la ineficiencia en los sistemas de distribución de medicamentos, la sobrecarga laboral del personal sanitario y la ausencia de incentivos junto con una retroalimentación adecuada sobre su desempeño.

c. Factores relacionados con la enfermedad, se refiere a los factores propios del estado del paciente, los cuales están asociados a las características específicas de la enfermedad que presenta. Entre ellos se consideran la intensidad de los síntomas, el nivel de discapacidad que genera en los ámbitos físico, psicológico, social y laboral, la evolución del padecimiento y la existencia de tratamientos eficaces (32).

d. Factores relacionados con el tratamiento se relacionan con las características del tratamiento farmacológico; incluyen la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, los antecedentes de fracaso en terapias previas, los cambios frecuentes en la medicación y la aparición de efectos adversos. También influyen la percepción de

mejoría de los síntomas, los olvidos en la toma de medicamentos, la cantidad de fármacos prescritos, el nivel de conocimiento del paciente sobre su tratamiento, el tiempo total de terapia, así como la cobertura y el costo de los medicamentos (32).

- e. Factores relacionados con la autonomía del paciente,** incluyen principalmente factores de tipo psicológico, así como las alternativas terapéuticas que se ofrezcan al paciente. Estas variables influyen directamente en la adherencia al tratamiento, entre las que se encuentran la resistencia a aceptar la enfermedad, el temor a depender de otras personas, la ansiedad generada por la complejidad del esquema de medicación y la sensación de exclusión social asociada a la condición de salud (32).

2.2.10. TUBERCULOSIS PULMONAR

Descripción: Partiendo de su localización primaria en los pulmones, pueden diseminarse hacia otras zonas del organismo mediante la circulación sanguínea, el sistema linfático y las vías respiratorias, o bien por extensión directa a órganos cercanos (33).

Síntomas: El signo más común de la tuberculosis es la tos, la cual puede presentarse junto con otros síntomas como fatiga y debilidad, pérdida de peso, reducción del apetito, fiebre, sudoración durante la noche y dolor en la zona del pecho o la espalda.

Tipos: Según la resistencia a los medicamentos, se distinguen dos tipos:

- Tuberculosis Resistente
- Tuberculosis Sensible

Transmisión: Cuando una persona con tuberculosis pulmonar activa tose, estornuda, habla o canta, libera bacterias al aire que pueden infectar a otros. Se requiere una exposición prolongada para contraer la infección y no se transmite por contacto casual como besar, compartir utensilios o estrechar la mano. La transmisión es Más probable entre familiares, compañeros de trabajo o convivientes. Solo las personas con tuberculosis activa pueden transmitir la enfermedad; los pacientes con tuberculosis latente no son contagiosos.

Factores de riesgo: Entre los elementos de riesgo de la tuberculosis (TB) incluyen:

Contacto cercano con casos de TB: se refiere a la exposición a individuos con tuberculosis pulmonar activa que no se encuentran bajo tratamiento específico.

Profesiones de alto riesgo: incluyen al personal de salud, debido a su contacto continuo y frecuente con pacientes diagnosticados con tuberculosis.

Entornos cerrados: Se refiere a vivir o trabajar en entornos como albergues para personas en situación de calle, centros penitenciarios, instituciones de rehabilitación, residencias para adultos mayores, así como en fuerzas armadas y policiales, entre otros espacios donde existe mayor cercanía entre las personas y, por tanto, un mayor riesgo de propagación de la enfermedad.

Migración desde áreas endémicas: Provenir de zonas o regiones con alta prevalencia de tuberculosis incrementa la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

Condiciones médicas debilitantes: Comprenden condiciones como la infección por VIH, enfermedades oncológicas, diabetes mellitus, desnutrición grave, uso de corticoides y la condición de receptor o donante de trasplantes de órganos, entre otras.

Condiciones sociales desfavorables: Incluyen condiciones como el acceso limitado a servicios de saneamiento básico, deficiencias en la atención sanitaria, bajos niveles de ingresos, viviendas sobrepobladas y con escasa ventilación, consumo de alcohol o drogas, así como hábitos alimentarios inadecuados, los cuales incrementan la probabilidad de adquirir la enfermedad.

Diagnóstico: Las principales pruebas utilizadas en el diagnóstico de la tuberculosis en las instituciones de salud son las siguientes:

Análisis de esputo: Implica la obtención de una muestra de esputo, la cual es analizada para detectar la presencia de la bacteria causante de la tuberculosis. Según el método utilizado, ya sea baciloscopia o una prueba molecular, los resultados pueden obtenerse en un periodo de pocos días.

Radiografía de tórax: Se basa en la obtención de imágenes de los pulmones mediante rayos X, con el objetivo de identificar signos sugestivos de la enfermedad, como opacidades o zonas de apariencia anormal.

Cultivo: Se utiliza para identificar la presencia del agente bacteriano de la tuberculosis en muestras biológicas. Este procedimiento suele requerir un mayor tiempo para la obtención de resultados definitivos.

Análisis clínico: El médico realiza una valoración integral del paciente, considerando la sintomatología, los hallazgos de las radiografías, los antecedentes clínicos y otros exámenes complementarios como análisis de laboratorio o biopsias, entre otros estudios.

Tratamiento: El tratamiento de la tuberculosis requiere el uso combinado de varios medicamentos con el fin de prevenir la aparición de resistencia y evitar la prolongación del tiempo terapéutico, asegurando así la acción sobre las diferentes fases de crecimiento de la bacteria (34).

Prevención: Con el objetivo de disminuir la posibilidad de contagio por tuberculosis en la comunidad, el equipo de salud desarrolla diversas actividades, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- Vacunación con el bacilo de Calmette - Guérin (BCG)
- Información y educación sobre la prevención de la tuberculosis
- Acciones para prevenir la propagación de la tuberculosis en el ámbito sanitario.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

La depresión, es un trastorno mental de curso recurrente y episódico, caracterizado principalmente por alteraciones del estado de ánimo, como tristeza continua y la falta de interés en actividades que usualmente resultan gratificantes, además de la presencia, en distintos grados, de manifestaciones cognitivas, somáticas y psicomotoras. La gravedad y persistencia de estos síntomas, la limitación que generan y el

hecho de que afecten a todos los aspectos del funcionamiento de la persona, incluyendo su interacción con los demás y su percepción del entorno (35).

La depresión, es, en su núcleo, una clase de melancolía que escapa al control; sin embargo, estar melancólico no implica estar en depresión, ya que la melancolía es un aspecto fundamental de la depresión, aunque no son intercambiables. Al reconocer que la melancolía es una emoción y la depresión es una condición que, aun abarcando la melancolía, se pueden distinguir claramente las dos (36).

Adherencia Terapéutica: La (OMS) (37) Se define como el nivel en que el comportamiento de una persona respecto al consumo de medicamentos, el cumplimiento de una dieta o la adopción de cambios en su estilo de vida presenta un carácter variable, el cual está condicionado por múltiples factores.

Adherencia, a pesar de los diversos conceptos de adherencia, una definición que ha sido ampliamente aceptada es la sugerencia de Haynes, quien la define como “el nivel en que el comportamiento de un paciente respecto a la adherencia a la medicación, el cumplimiento de una dieta o el cambio de hábitos de vida, se alinea con las directrices dadas por el médico o el personal de salud” (38).

Tuberculosis, es una patología infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que afecta principalmente a los pulmones. Su transmisión ocurre por vía aérea cuando una persona enferma tose, estornuda o expulsa saliva (39) .

La tuberculosis, es una patología provocada por el bacilo *M. tuberculosis*, que se propaga cuando las personas infectadas liberan bacterias al ambiente, y aquellos que están próximos pueden respirar

estas bacterias e infectarse. Si no se recibe el tratamiento adecuado, la tuberculosis puede ser letal. Representa un desafío para la salud pública; antes de la pandemia de COVID-19, se encontraba entre las diez principales causas de muerte global y era la más significativa atribuible a un único agente patógeno (40).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi. Existe relación significativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Ho. No existe relación significativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi1. Existe relación significativa entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Ho1. No existe relación significativa entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Hi2. Existe relación significativa entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Ho2. No existe relación significativa entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Hi3. Existe relación significativa entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Ho3. No existe relación significativa entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Hi4. Existe relación significativa entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

Ho4. No existe relación significativa entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE 1

Depresión

2.5.2. VARIABLE 2

Adherencia terapéutica

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	DE ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPRESION	Es un trastorno mental común principalmente caracterizado por la disminución del estado de ánimo que provoca tristeza persistente, pérdida de interés y falta de energía.	Humor depresivo	• Incapacidad de sentir placer • Somatización • Baja autoestima • Ideas suicidas	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario para medir la depresión
		Anergia	• Desinterés • Confusión • Disminución de la actividad habitual • Sensibilidad emocional			
		Ritmopatía	• Susceptibilidad • Sensación de soledad o desconfianza • Mal Humor			

			• Descuido del arreglo personal			
		Discomunicación	• Despertar temprano • Pérdida de apetito y peso • Variaciones marcadas de los síntomas durante el día, con diferencias evidentes entre la mañana y la tarde. • Percepción del tiempo			
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Se considera como la medida en la que un individuo sigue las	Cumplimiento del tratamiento	• Buena adherencia • Mala Adherencia	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de Morisky-Green

recomendaciones
sobre la
administración de
fármacos

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo aplicada, debido a que estuvo orientada a utilizar el conocimiento científico orientado a reconocer los recursos como metodologías, tecnologías y protocolos que facilitan la resolución de una necesidad específica, práctica y previamente determinada (41).

3.2. ENFOQUE

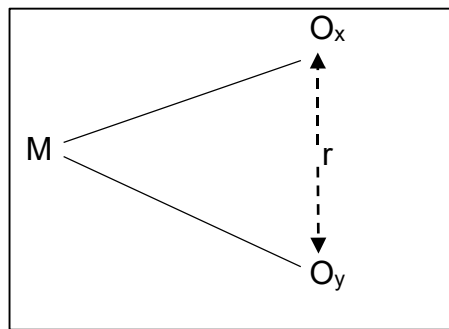
El estudio presentó un enfoque cuantitativo, ya que emplea métodos numéricos y estadísticos para la medición y análisis de los datos. En este tipo de enfoque, los procedimientos se desarrollan de manera ordenada y rigurosa, permitiendo la verificación de las hipótesis planteadas (41).

3.3. ALCANCE

Según el estudio, la investigación fue de tipo correlacional, ya que busca establecer la relación entre variables a través de patrones de asociación predecibles en una determinada población o grupo de estudio. (42)

3.4. DISEÑO

El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, en el que no se manipulan las variables, sino que los fenómenos se observan en su entorno natural para su posterior análisis. De igual manera, fue de tipo transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento (42).



Donde:

r: relación

Y: variable 2: Adherencia terapéutica

X: Variable 1: Depresión

M: Muestra

O: Observación

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población del estudio estuvo constituida por 30 pacientes a quienes se les diagnosticó tuberculosis pulmonar. los cuales representaban la totalidad de personas en tratamiento al momento de la aplicación del instrumento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

3.5.2. MUESTRA

La muestra del estudio estuvo conformada por la totalidad de la población, es decir, por 30 pacientes que se encontraban en tratamiento al momento de la aplicación del instrumento en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

Tipo de muestreo

Para la elección de la muestra se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, debido a que responde a los intereses y criterios de pertinencia del estudio.

Criterios de inclusión

- Participaron en el estudio, personas que estén recibiendo tratamiento antituberculoso.
- Personas que aceptan participar en el estudio de investigación a través del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Individuos que no brindan su consentimiento para formar parte de la investigación.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICAS

La técnica utilizada fue la encuesta, la cual es una de las más empleadas en el ámbito de la investigación ya que permite recolectar y procesar datos de manera rápida y eficiente (43).

3.6.2. INSTRUMENTOS

Este se define como una herramienta compuesta por un conjunto de preguntas organizadas de manera sistemática, diseñadas con el fin de obtener la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Funciona como una guía planificada para la recolección de datos desde la unidad de análisis, que representa el elemento principal de la investigación. En términos generales, el cuestionario agrupa diversos ítems vinculados a una o varias variables que se pretenden evaluar (44).

El instrumento que se utilizó para medir la variable independiente fue la escala de depresión, esta escala ha sido diseñado tomando en

cuenta el Cuestionario estructural para el diagnóstico, clasificación y el seguimiento de la depresión basado en el Cuestionario Estructural Tetradimensional de Alonso Fernández. El instrumento evalúa la frecuencia de los síntomas a través de una escala tipo Likert de cinco niveles, que comprende nunca (ausencia de depresión), casi nunca (depresión leve), a veces (depresión moderada), casi siempre (depresión severa) y siempre (depresión muy severa).

Alonso Fernández menciona que el Breve CET-DE presenta una sensibilidad de 91,1 % y una especificidad de 79,6 %, resultando ser un cuestionario eficaz para el diagnóstico y clasificar la depresión.

Se eligió este cuestionario, porque ofrece una visión integral y multidimensional de la depresión, evaluando cuatro ejes fundamentales (humor, anergia, discomunicación y ritmopatía) más allá de solo el estado de ánimo, puede aplicarse de forma individual o colectiva, es de rápida aplicación. Útil para detección, diagnóstico y seguimiento en adultos y adolescentes.

FICHA TÉCNICA INSTRUMENTO 1

1. Técnica	Encuesta
2. Instrumento	Cuestionario de depresión
3. Autor	Alonso Fernández (CET-DE).
4. Objetivo	Diagnóstico, categorización y el monitoreo de la depresión
5. Estructura	16 reactivos, clasificados en 4 dimensiones: humor depresivo, anergia, discomunicación, ritmopatía

6. Momento de aplicación	Luego de la atención de la ESNPCTB
7. Tiempo de aplicación	20 minutos

Para evaluar la variable dependiente se utilizó El test de Morisky Green Levine, el cual es una técnica indirecta utilizada para medir la adherencia al tratamiento, utilizada con frecuencia en enfermedades crónicas. Se conforma por cuatro preguntas con respuestas dicotómicas (sí o no), orientadas a determinar si el paciente presenta conductas adecuadas respecto al tratamiento prescrito. El cuestionario de Morisky Green ha sido validado en diferentes patologías crónicas. En España, su versión fue validada por Val Jiménez y su equipo en un grupo de personas con hipertensión arterial. (La sensibilidad del test para detectar a los que cumplieron con las instrucciones fue del 52% y la especificidad fue del 44,4%).

Se eligió este cuestionario por ser sencillo y breve para el encuestado ya que permite al profesional de la salud, identificar rápidamente si un paciente necesita apoyo, lo que es crucial para el éxito del tratamiento principalmente en enfermedades crónicas.

FICHA TÉCNICA INSTRUMENTO 2

1. Técnica	Encuesta
2. Instrumento	Cuestionario
3. Autor	Morisky-Green-Levine
4. Objetivo	Valoración del cumplimiento terapéutico 4 interrogantes de respuesta dicotómica sobre las
5. Estructura	percepciones de la medicación

6. Momento de aplicación	Luego de su atención en la ESNPCTB
7. Tiempo de aplicación	5 minutos

3.6.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.3.1. VALIDEZ

En primer lugar, se llevó a cabo la validación cualitativa, considerando la validez de contenido a través del juicio de expertos, estos jueces fueron profesionales expertos relacionados con el tema de investigación, quienes corroboraron la metodología, valorando la consistencia de los instrumentos mediante las dimensiones e indicadores concebidos. Los expertos que formaron este equipo de trabajo fueron: Marco Antonio Isidro Céspedes (Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria), Percy Rodríguez Retis (Maestro en Gobierno y Gerencia en Salud), Rousseau Paul Galarza Silva (Maestro en Salud Pública y Docencia Universitaria). Flor Ángel Espinoza Chávez (Especialidad en Salud Pública) y Huber Joel Arrieta Blanco (Maestro en Gestión de Servicios en Salud).

3.6.3.2. CONFIABILIDAD

Los instrumentos de recolección de datos fueron evaluados mediante una prueba piloto aplicada a un grupo reducido de pacientes adultos con características similares a las de la muestra del estudio. Esta etapa permitió verificar la pertinencia y adecuación de los instrumentos para su aplicación en la población objetivo. La confiabilidad de los instrumentos se estableció mediante el

coeficiente alfa de Cronbach, utilizado para evaluar la consistencia interna o grado de homogeneidad entre los ítems, particularmente en escalas de tipo Likert. Una mayor consistencia en las respuestas indica una mayor confiabilidad del instrumento. Este coeficiente se interpreta mediante una escala de correlación que va de 0 a 1 (45).

Con los resultados obtenidos en la prueba preliminar, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad del instrumento. Para el cuestionario de depresión se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0,98$, lo que indica que el instrumento presenta una confiabilidad muy alta.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,980	16

Del mismo modo, para medir la fiabilidad del **cuestionario de Morisky Green Levine** se obtuvo un valor de 0,549 lo cual indica que el instrumento presenta confiabilidad moderada.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,549	4

3.7. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Respecto a la técnica de procesamiento de los datos, se realizaron los siguientes procedimientos:

- Revisión de datos, para la cual se realizó el control de calidad de la información obtenida, con el fin de identificar y corregir posibles errores o inconsistencias.

- Codificación de datos, se transformaron las respuestas en códigos numéricos según las alternativas establecidas en los instrumentos y las variables de estudio.
- Clasificación de los datos: la información fue ordenada según el tipo de variables y las escalas de medición correspondientes.
- Los datos procesados estadísticamente fueron presentados en gráficos y tablas dinámicas, de acuerdo con las variables analizadas en el estudio.

Para el análisis de la información:

Se utilizó el soporte informativo del SPSS V. 26 y se empleó el programa Excel para el procesamiento de los datos, para la prueba de las hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio respetó los principios básicos de la bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Asimismo, se dio a conocer a los participantes los objetivos del estudio, garantizando que su participación fue voluntaria y que la información brindada sería tratada de manera confidencial.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Descripción del grupo etario de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Grupo etáreo	n=30	
	fi	%
Adolescente	1	3.3
Joven	12	40.0
Adulto	13	43.3
Adulto mayor	4	13.3

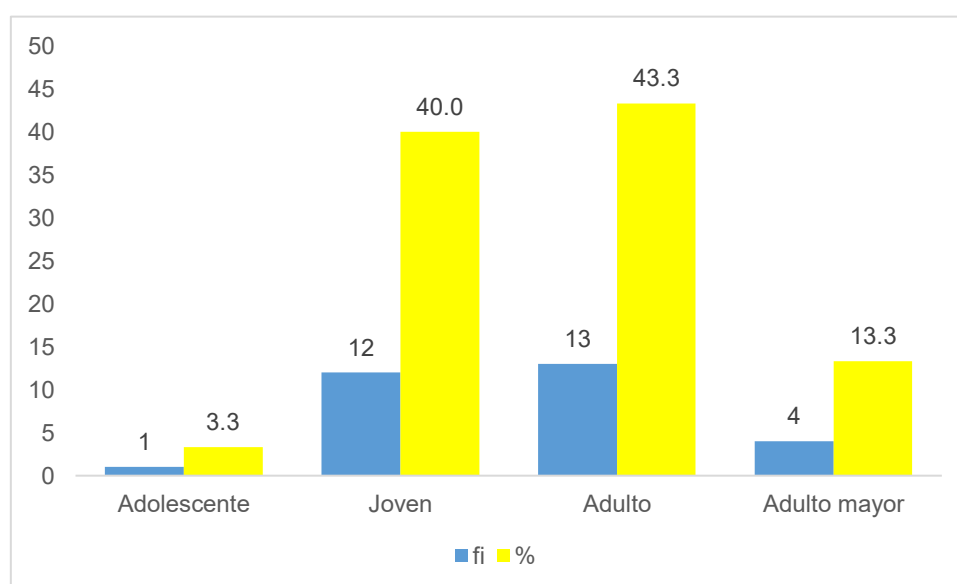


Figura 1. Descripción del grupo etario de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: en la presente tabla sobre el grupo etario, se determinó que el 43.3% (13) son adultos, el 40% (12) son jóvenes, en una proporción menor están los adultos mayores, 13.3% (4), y solo el 3.3% (1) es adolescente.

Podemos concluir que la patología se presenta con mayor frecuencia, en etapas productivas de la vida.

Tabla 2. Descripción del género de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Sexo	n=30	
	fi	%
Masculino	19	63.3
Femenino	11	36.7

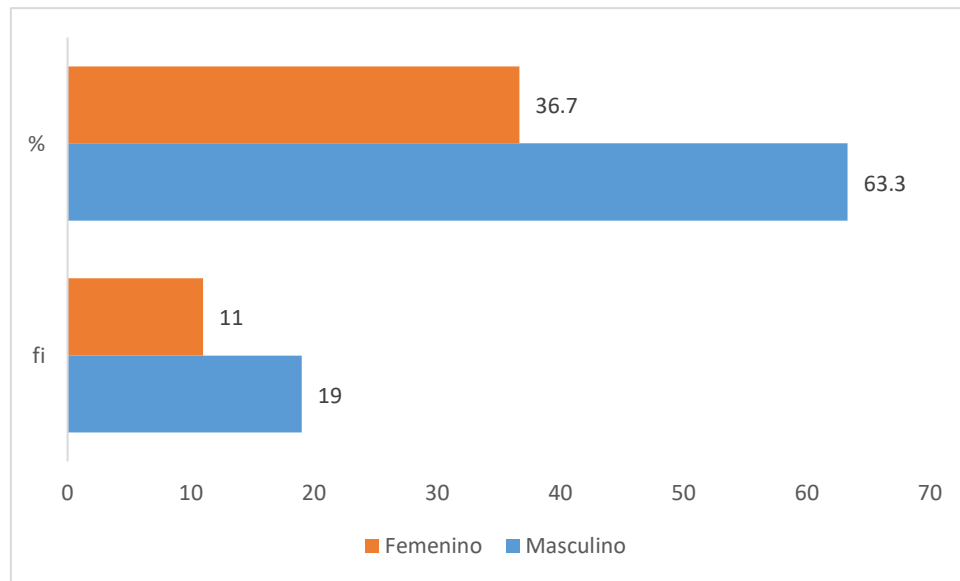


Figura 2. Descripción del género de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la presente tabla sobre el género de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, se encontró que predominan los de género masculino, 63.3% (19), y con un porcentaje menor de 36.7% (11) son femeninos; esto se atribuye a entornos ocupacionales y comportamientos de riesgo.

Tabla 3. Descripción del nivel cultural de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Nivel cultural	n=30	
	fi	%
Primaria	4	13.3
secundaria	21	70.0
Superior	5	16.7

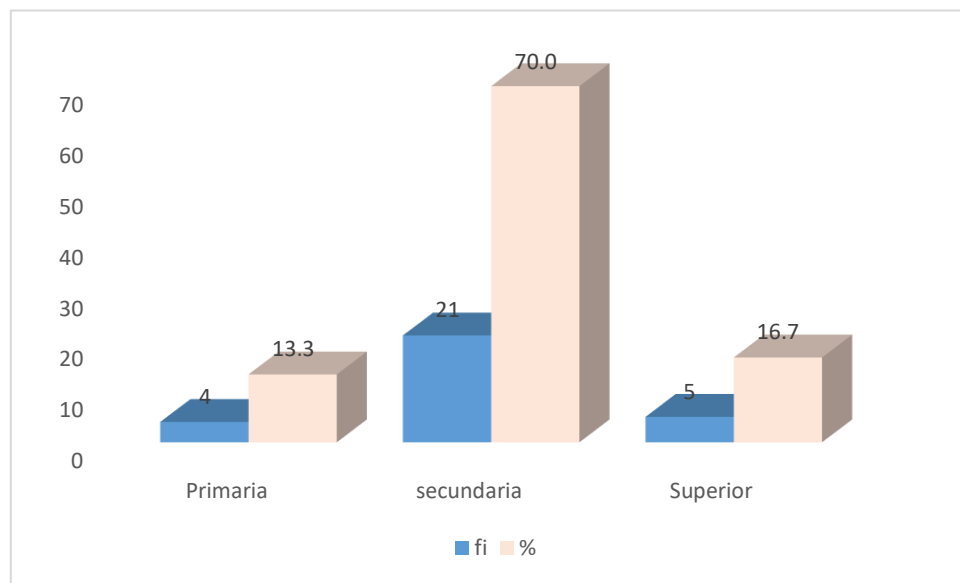
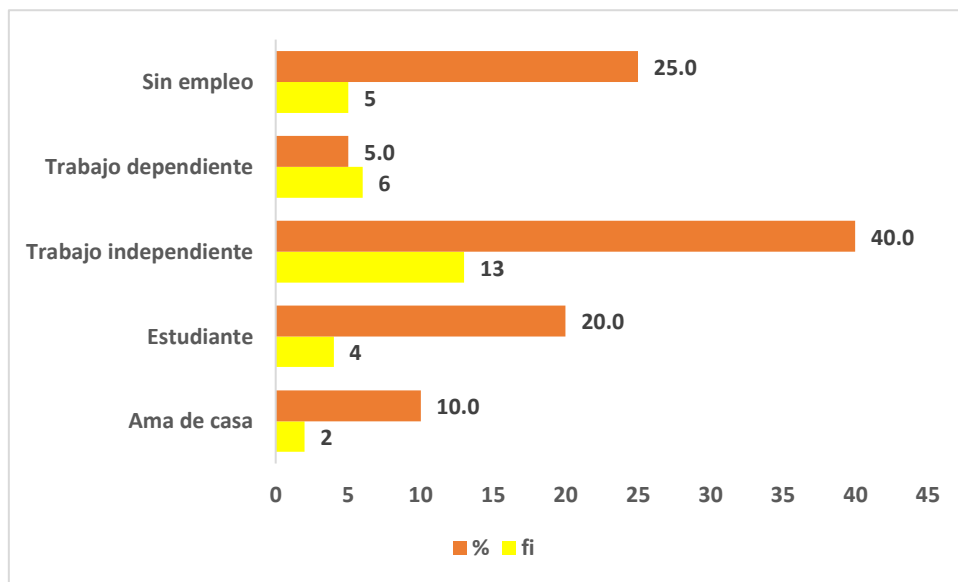


Figura 3. Descripción del nivel cultural de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la presente tabla, sobre el grado de instrucción de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, la mayoría, 70% (21), tiene estudios de nivel secundario; del mismo modo, observamos que el 16.7% (5) tiene estudios superiores; con un porcentaje menor, 13.3% (4), de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar tienen estudios de nivel primario. La falta de información y los estigmas asociados a la enfermedad en diversos contextos culturales pueden impedir que las personas busquen diagnóstico temprano, lo que resulta en una mayor propagación de la enfermedad.

Tabla 4. Descripción de la ocupación de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Ocupación	n=30	
	fi	%
Ama de casa	2	10.0
Estudiante	4	20.0
Trabajo independiente	13	40.0
Trabajo dependiente	6	5.0
Sin empleo	5	25.0

**Figura 4.** Descripción de la ocupación de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla 4, sobre la ocupación de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, observamos que el 40% (13) realizan trabajo independiente, del mismo modo, observamos que el 25% (5) se encuentran sin empleo. Asimismo, solo el 20% (4) de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar son estudiantes y, en menor proporción, el 10% (2) son amas de casa. La tuberculosis afecta principalmente a la población económicamente activa, por lo que su prevención es vital.

Tabla 5. Descripción del estado civil de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Estado civil	n=30	
	fi	%
Soltero	7	23.0
Casado	9	30.0
Conviviente	12	40.0
Separado	1	3.0
Viudo	1	3.0

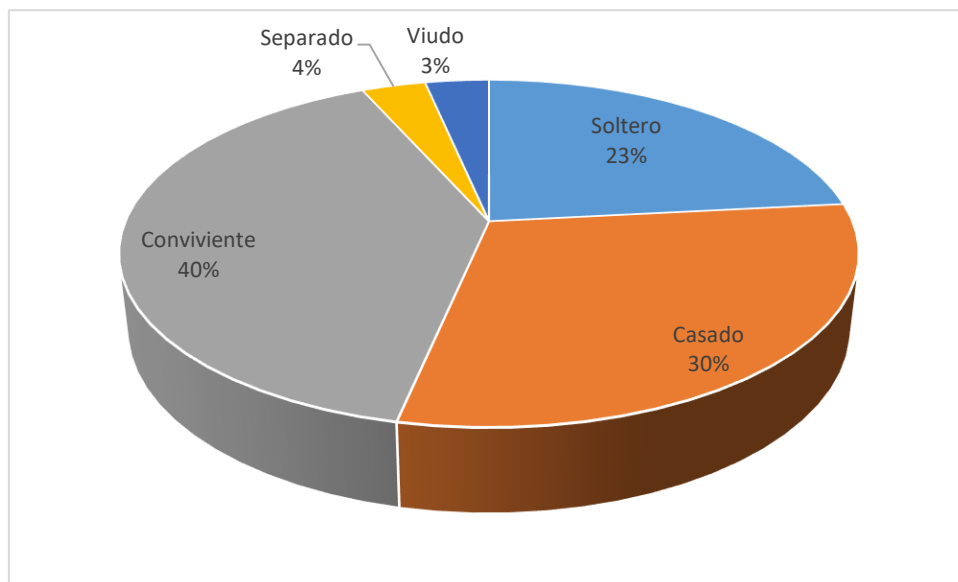


Figura 5. Descripción del estado civil de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla 5, sobre la descripción del estado civil de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, el 40% (12) son solteros, el 30% (9) están casados. Asimismo, solo el 23% (7) de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar son separadas; con porcentajes menores, 3% (1) están en la condición de separadas o viudas.

Tabla 6. Descripción de la procedencia de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Procedencia	n=30	
	fi	%
Urbano	17	60.0
Rural	13	40.0

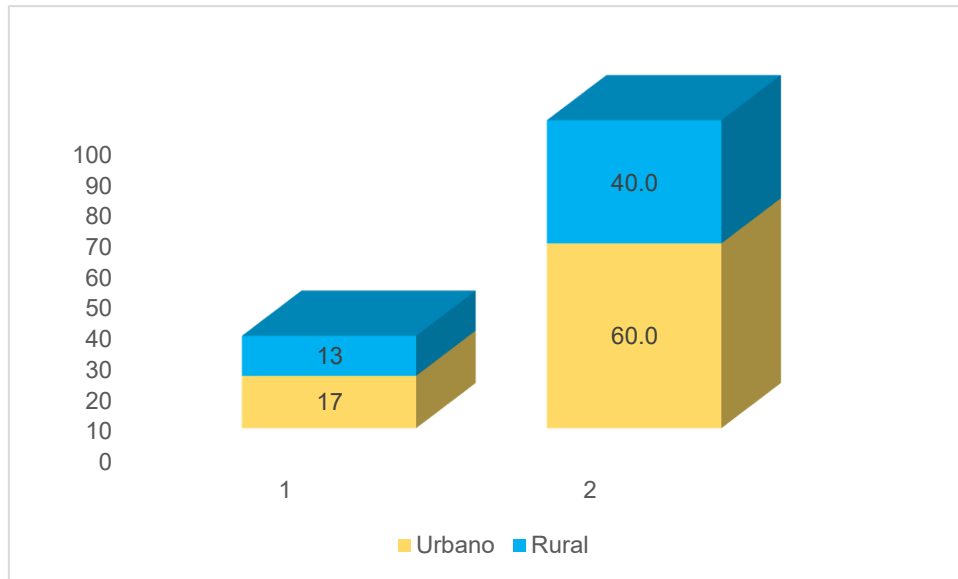


Figura 6. Descripción de la procedencia de personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla 6, sobre la procedencia de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, se encontró que predominan los de procedencia urbana 60% (17), y con un porcentaje menor de 40% (13) de procedencia rural.

VARIABLE 1: DEPRESIÓN

Tabla 7. Nivel de depresión de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Depresión	n=30	
	fi	%
Sin depresión	2	6.6
Depresión leve	8	26.7
Depresión moderada	20	66.7

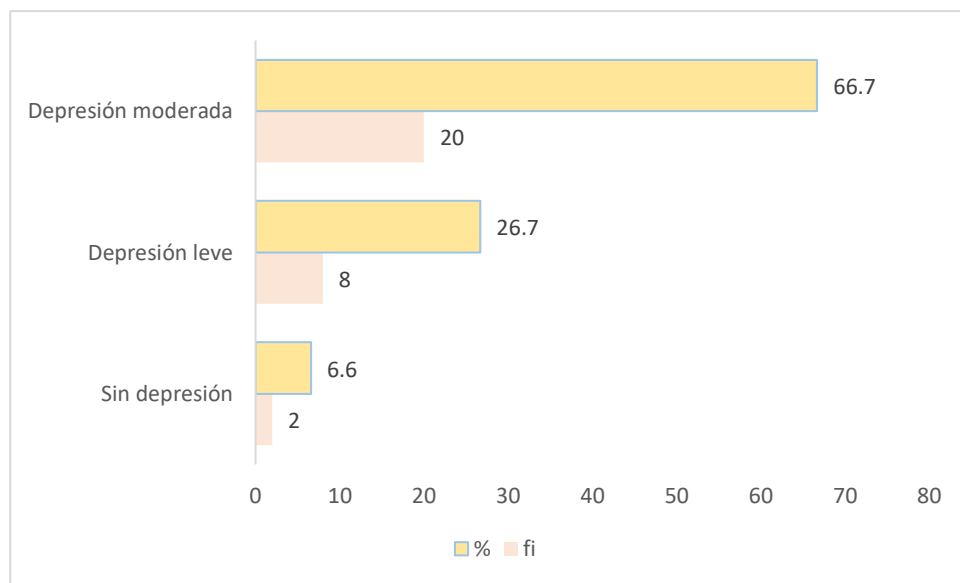


Figura 7. Nivel de depresión de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla y figura 7, acerca del nivel de depresión de las personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se encontró que el 66.7% (20) presenta depresión moderada, del mismo modo se observa que el 26.7% (8) presentan depresión leve, y solo el 6.6% (2) no presentan signos de depresión. La depresión puede ser causada por una variedad de factores, incluyendo la larga duración del tratamiento, el estigma asociado a la enfermedad, la carencia de apoyo social/familiar y los efectos físicos de la tuberculosis.

DIMENSION 1: HUMOR DEPRESIVO

Tabla 8. Nivel de humor depresivo en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Humor depresivo	n=30	
	fi	%
Bajo	24	80.0
Medio	6	20.0

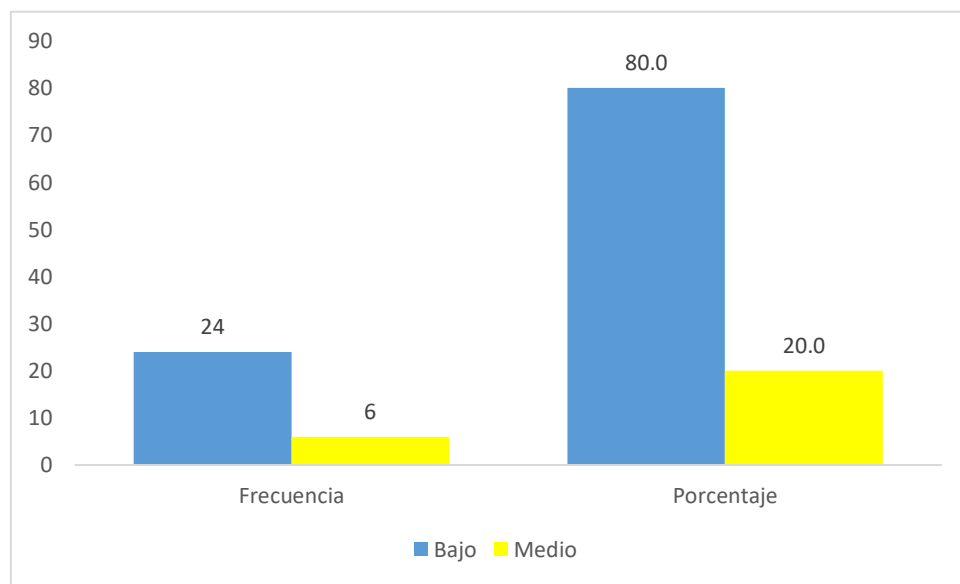


Figura 8. Nivel de humor depresivo en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla y figura 7, sobre el nivel de humor depresivo de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, se encontró que el 80% (24) presentan nivel de humor depresivo bajo, del mismo modo se observa que el 20% (6) presentan nivel de humor depresivo medio. El humor depresivo está caracterizado por tristeza, desesperanza, culpa y pérdida de interés en actividades, en nuestro estudio el nivel es bajo.

DIMENSION 2: ANERGIA

Tabla 9. Nivel de anergia en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Anergia	n=30	
	fi	%
Bajo	7	23.3
Medio	23	76.7

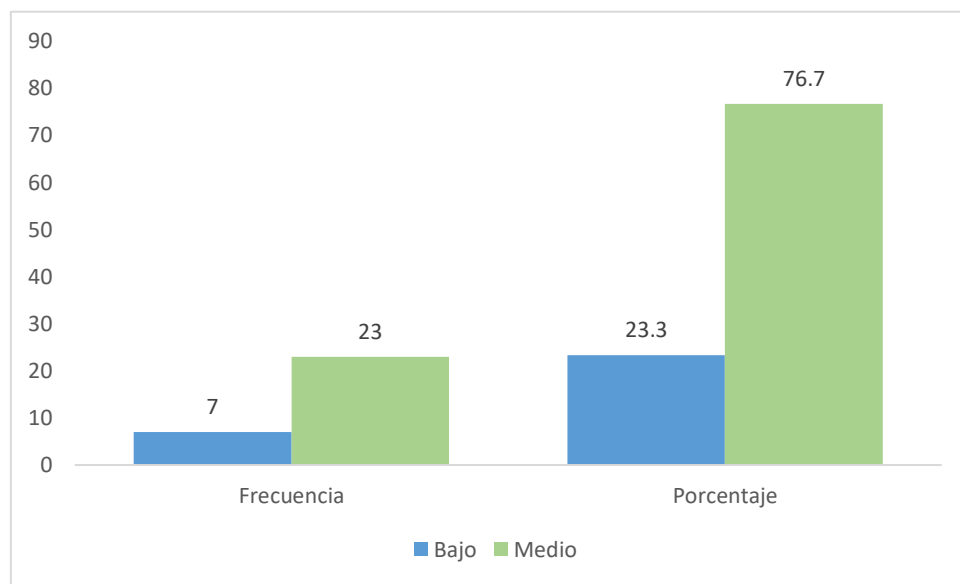


Figura 9. Nivel de anergia en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla y figura 9, sobre el nivel de anergia de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, se encontró que el 76.7% (23) presentan algún nivel medio, del mismo modo se observa que el 23.3% (7) presentan nivel bajo. La anergia se caracteriza por que los afectados presentan lentitud psicomotora y agotamiento físico o mental.

DIMENSION 3: DISCOMUNICACIÓN

Tabla 10. Nivel de discomunicación en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Discomunicación	n=30	
	fi	%
Bajo	2	6.7
Medio	10	33.3
Alto	18	60.0

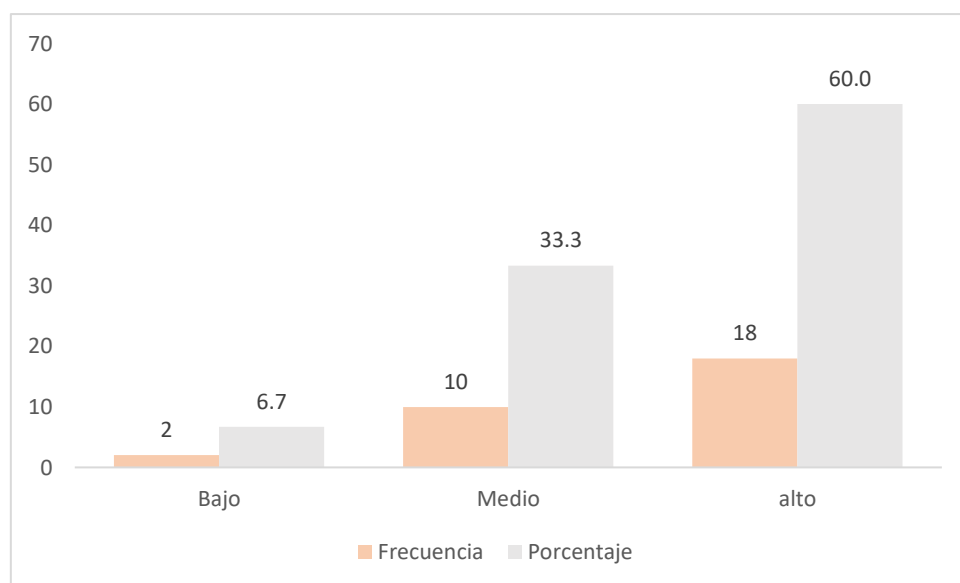


Figura 10. Nivel de discomunicación en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla y figura 10, sobre el nivel de discomunicación de las personas atendidas con tuberculosis pulmonar, se halló que el 60% (18) presentan algún nivel alto, del mismo modo se observa que el 33.3% (10) presentan nivel medio, y con un porcentaje menor 6.7% (2) presentan nivel bajo. La discomunicación Implica una falta de sintonización interpersonal y espacial, el individuo se aísla.

DIMENSION 4: RITMOPATIA

Tabla 11. Nivel de ritmopatía en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Ritmopatía	n=20	
	fi	%
Bajo	11	36.7
Medio	19	63.3

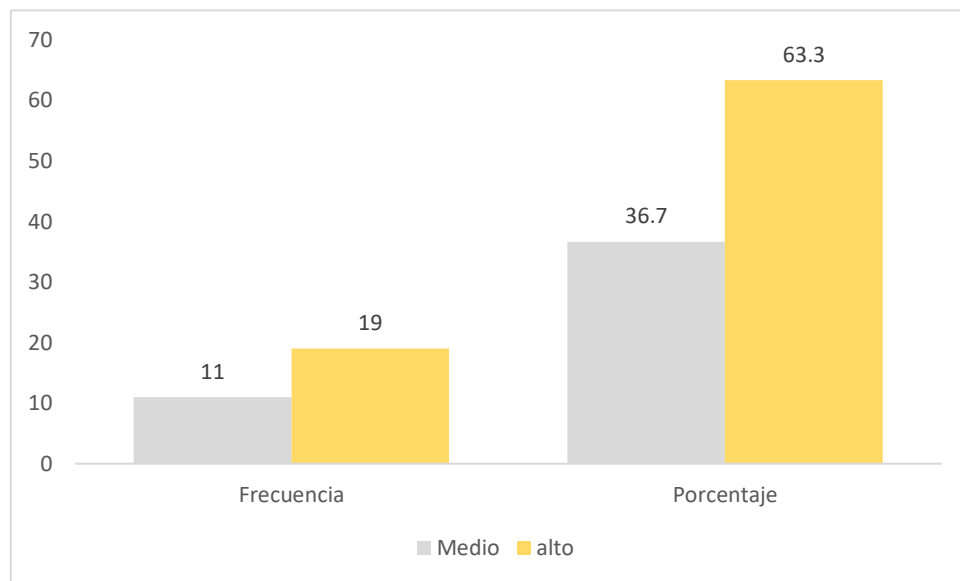


Figura 11. Nivel de ritmopatía en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la tabla 11, se determinó que del 63.3% (19) presentan nivel de ritmopatía alto, y el 36.7% (11) nivel medio. La ritmopatía se caracteriza por que el individuo presenta desregulación de los ritmos biológicos, incluyendo alteraciones graves del sueño y del apetito.

VARIABLE 2: ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Tabla 12. Adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Adherencia	n=30	
	fi	%
Si	16	53.3
No	14	46.7

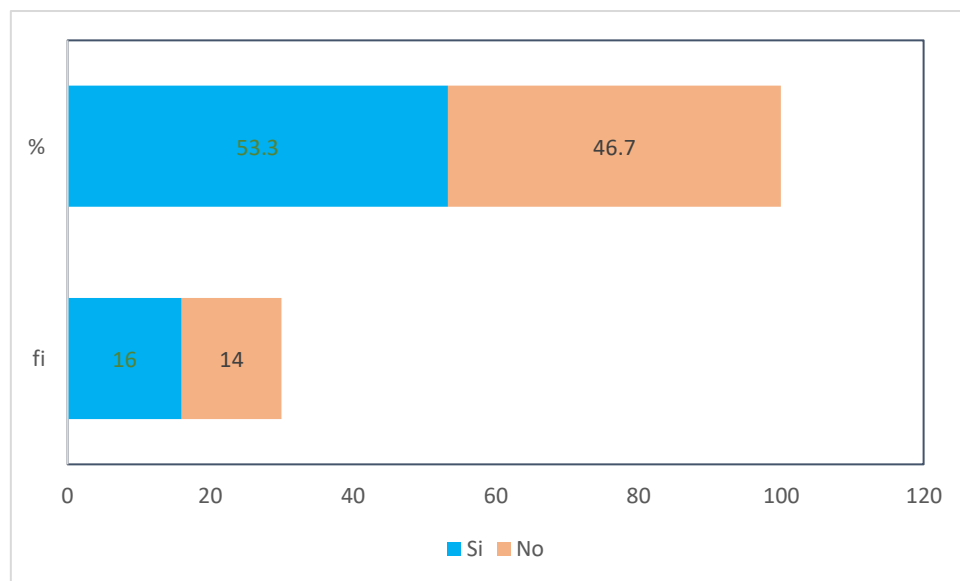


Figura 12. Adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

Interpretación: En la presente tabla y figura 12, se determinó que del 100% (30) de personas atendidas por tuberculosis pulmonar, el 53.3% (16) son adherentes y el 46.7% (14) no son adherentes al tratamiento. La no adherencia puede conducir a resultados negativos en el tratamiento, incluyendo la resistencia a los medicamentos, el abandono y la recaída.

DEL OBJETIVO GENERAL

Tabla 13. Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			Adherencia		Total
			SI	NO	
Depresión	Sin depresión	Recuento	0	2	2
		% del total	0.0%	6.7%	6.7%
	Depresión leve	Recuento	2	6	8
		% del total	6.7%	20.0%	26.7%
	Depresión moderada	Recuento	14	6	20
		% del total	46.7%	20.0%	66.7%
Total	Recuento		16	14	30
	% del total		53.3%	46.7%	100.0%

Interpretación: En la tabla 13, observamos que la mayor proporción 66.7% (20) presentan depresión moderada, de estos el 46.7% (14) son adherentes y el 20% (6) no son adherentes. Del mismo modo se puede apreciar que el 26.7% (8) presentan depresión leve; de estos el 20% (6) no son adherentes y solo el 6.7% (2) son adherentes. También podemos observar que el 6.7% (2) no presentan signos de depresión, de ellos el 6.7% (2) no son adherentes. La depresión puede afectar la capacidad de un individuo para comprometerse con el tratamiento de la tuberculosis por ello que es importante involucrar a las familias y a los grupos de apoyo.

DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tabla 14. Relación entre de humor depresivo y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

		Adherencia		Total
		SI	NO	
Humor depresivo	Bajo	Recuento	15	24
		% del total	50.0%	80.0%
	Medio	Recuento	1	6
		% del total	3.3%	20.0%
	Total	Recuento	16	30
		% del total	53.3%	100.0%

Interpretación: En la tabla 14, observamos que el 80% (24) presentan nivel de humor depresivo bajo, de ellos el 50% (15) son adherentes y el 30% (9) no son adherentes. Así mismo El 20% (6) presentan nivel de humor depresivo medio, de ellos el 16.7% (5) no son adherentes y el 3.3% (1) si son adherentes. El humor depresivo es un factor que se asocia negativamente con la adherencia terapéutica, ya que los síntomas dificultan el cumplimiento de los regímenes terapéuticos.

Tabla 15. Relación entre anergia y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			Adherencia		Total
			SI	NO	
Anergia	Bajo	Recuento	1	6	7
		% del total	3.3%	20.0%	23.3%
	Medio	Recuento	15	8	23
		% del total	50.0%	26.7%	76.7%
Total	Recuento		16	14	30
	% del total		53.3%	46.7%	100.0%

Interpretación: En la tabla 15, observamos que el 76.7% (123) presentan niveles de anergia medio, de ellos el 50% (15) son adherentes y el 26.7% (8) no son adherentes. El 23.3% (7) presentan nivel de anergia bajo, de ellos el 20% (6) no son adherentes y el 3.3% (1) si son adherentes. La anergia puede llevar a un paciente a no sentir la necesidad o el compromiso de seguir el tratamiento, ya sea por no percibir la gravedad de su enfermedad o por la creencia errónea de que el tratamiento no es necesario.

Tabla 16. Relación entre discomunicación y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			Adherencia		Total
			SI	NO	
Dis comunicacion	Bajo	Recuento	1	1	2
		% del total	3.3%	3.3%	6.7%
	Medio	Recuento	9	1	10
		% del total	30.0%	3.3%	33.3%
	Alto	Recuento	6	12	18
		% del total	20.0%	40.0%	60.0%
	Total	Recuento	16	14	30
		% del total	53.3%	46.7%	100.0%

Interpretación: En la tabla 16, observamos que el 60% (18) presentan niveles altos de discomunicación, de ellos, el 40% (12) no son adherentes y el 20% (6) sí son adherentes. El 33.3% (10) presentan nivel de discomunicación medio, de ellos el 30% (9) son adherentes y el 3.3% (1) no son adherentes; a su vez el 6.7% (2) presentan nivel de anergia bajo. La discomunicación puede hacer que las personas se retraigan, se aíslen de los demás y eviten interacciones sociales perjudicando la adherencia en los regímenes terapéuticos de las enfermedades crónicas.

Tabla 17. Relación entre ritmopatía y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			Adherencia		Total
			SI	NO	
Ritmopatía	Medio	Recuento	9	2	11
		% del total	30.0%	6.7%	36.7%
	Alto	Recuento	7	12	19
		% del total	23.3%	40.0%	63.3%
Total		Recuento	16	14	30
		% del total	53.3%	46.7%	100.0%

Interpretación: En la tabla 17, observamos que el 63.3% (19) presentan niveles de ritmopatía alto, de ellos el 40% (12) no son adherentes y el 23.3% (7) son adherentes. El 36.7% (11) presentan nivel de ritmopatía bajo, de ellos el 30% (9) son adherentes y el 6.7% (2) no son adherentes. La ritmopatía en la depresión se refiere a las alteraciones en los ritmos fisiológicos especialmente en el ciclo sueño-vigilia, el cual puede influir en los pacientes que se encuentran en tratamiento de tuberculosis.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES Y/O CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Tabla 18. Prueba de normalidad de la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

	Kolmogorov Smirnov			Shapiro Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
DEPRESION	0.407	30	0.00	0.656	30	0.00
ADHERENCIA	0.354	30	0.00	0.637	30	0.00

Interpretación: En la tabla 18 se muestran los resultados de las pruebas de normalidad de Kolmogórov/Smirnov y Shapiro/Wilk. Dado a que la muestra es inferior a 50 participantes ($n = 30$), se consideraron los resultados de Shapiro-Wilk para el análisis. En la variable depresión se obtuvo un valor de $p = 0.00$, y en la variable falta de adherencia un valor de $p = 0.00$, ambos inferiores al nivel de significancia ($\alpha = 0,05$). Estos hallazgos sugieren que los datos no tienen una distribución normal, por lo que decidió emplear el coeficiente de correlación Rho de Spearman para el análisis inferencial.

HIPÓTESIS GENERAL

Tabla 19. Correlación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			DEPRESION	ADHERENCIA
Rho	DEPRESION	Coeficiente	1.000	-,485**
		P		,007
		N	30	30
	ADHERENCIA	Coeficiente	-,485**	1.000
		P	,007	
		N	30	30

Análisis e interpretación

En la tabla 19, se analiza la relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se evidenció que el valor de p es 0.007 ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Este hallazgo respalda la hipótesis alternativa (H_i), la cual evidencia que existe relación significativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, a su vez presenta un coeficiente de correlación negativa media, $Rho = -0.485$, eso quiere decir que, a medida que la depresión se incrementa, menor será la adherencia terapéutica en esta población.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

Tabla 20. Correlación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

		HUMOR DEPRESIVO		ADHERENCIA
Rho	HUMOR DEPRESIVO	Coeficiente	1.000	,367**
		P		,046
		N	30	30
	ADHERENCIA	Coeficiente	,046**	1.000
		P	0.001	
		N	30	30

Análisis e interpretación

En la tabla 20, se analiza la relación entre humor depresivo y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se obtuvo que el p-valor es 0.046, el cual es ($p < 0.05$). Por lo tanto, la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo. Este hallazgo respalda la hipótesis alternativa (H_{i1}), la cual evidencia que existe relación significativa entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, a su vez presenta un coeficiente de correlación positiva baja, $Rho = 0.367$.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Tabla 21. Correlación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			ANERGIA	ADHERENCIA
Rho	ANERGIA	Coefficiente	1.000	-,432**
		P		,017
		N	30	30
	ADHERENCIA	Coefficiente	-,432**	1.000
		P	,017	
		N	30	30

Análisis e interpretación

En la tabla 21, se analiza la relación entre la anergia y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se obtuvo que el p-valor es 0.017, el cual es ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Este hallazgo respalda la hipótesis alternativa (Hi2), la cual evidencia que existe relación significativa entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, así mismo presenta un coeficiente de correlación negativa media, $Rho = -0.432$.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

Tabla 22. Correlación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			DISCOMUNICACION	ADHERENCIA
Rho	DISCOMUNICACION	Coeficiente	1.000	,446*
		P		,013
		N	30	30
	ADHERENCIA	Coeficiente	,445*	1.000
		P	,013	
		N	30	30

Análisis e interpretación

En la tabla 22, se analiza la relación entre la discomunicación y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se obtuvo que el p-valor es 0.013, el cual es ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo. Este hallazgo respalda la hipótesis alternativa (Hi3), la cual evidencia que existe relación significativa entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, así mismo presenta un coeficiente de correlación positiva media, $Rho = 0.446$.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

Tabla 23. Correlación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar

			RITMOPATIA	ADHERENCIA
Rho	RITMOPATIA	Coeficiente	1.000	,434**
		P		,016
		N	30	30
	ADHERENCIA	Coeficiente	,434**	1.000
		P	,016	
		N	30	30

Análisis e interpretación

En la tabla 23, se analiza la relación entre la ritmopatía y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, se obtuvo que el p-valor es 0.016, el cual es ($p < 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo. Este hallazgo respalda la hipótesis alternativa (Hi4), la cual evidencia que existe relación significativa entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, así mismo presenta un coeficiente de correlación positiva media, $Rho = 0.434$.

CAPITULO V

5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como finalidad analizar la relación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar. En ese sentido, se planteó como objetivo general determinar la relación entre ambas variables, para lo cual se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman, obteniéndose p-valor es $0.007 < \alpha (0.05)$ y $Rho = -0.485$. Los resultados muestran una relación significativa inversa entre depresión y falta de adherencia terapéutica.

No obstante, estos hallazgos coinciden con lo reportado por Bravo (2023), quien encontró una relación negativa, estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto elevado entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis en el hospital El Empalme. Esto sugiere que los síntomas depresivos constituyen un factor de riesgo que perjudica el manejo adecuado de la enfermedad. De igual manera, coinciden con lo reportado por Jonis y Guzmán (2020), quienes determinaron que la depresión se asocia como un factor de riesgo para el abandono y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible. Gordillo (2018), señaló que no hay evidencia estadística significativa que permita afirmar una conexión entre la adherencia al tratamiento y la depresión en pacientes con tuberculosis en la Microrred Pachacútec, en Ventanilla.

Por otro lado, en nuestro estudio encontramos que la depresión se relaciona significativamente con la falta de adherencia terapéutica en sus dimensiones humor depresivo ($p=0.046$), anergia ($p=0.017$), discomunicación ($p=0.013$) y ritmopatía ($p=0.016$). Estos resultados concuerdan con el estudio de Marquina (2020), quien expresa que existe relación positiva moderada entre las

dimensiones humor depresivo, anergia, ritmopatía y relación positiva alta con la dimensión discomunicación con el rendimiento académico en la I.E Juan Velasco Alvarado.

En el estudio se encontró que la mayoría de los pacientes atendidos por tuberculosis pulmonar presentaron síntomas de depresión (depresión leve 26.7%. depresión moderada 66.7%, mientras que el 6.7 % no experimentó algún grado de esta condición. Estos hallazgos coinciden con el estudio de Asca (2019) identificando en su estudio, que el 68.6% de los evaluados presentan depresión una buena parte del tiempo, sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Veramendi (2022) quien determinó que la mayoría (59%) no presentan signos de depresión, seguido con nivel moderado (18%), nivel leve (16%) y un con nivel severo (7%).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la tuberculosis y la depresión a menudo coexisten, mostrando un elevado índice de depresión en personas con TB, y destaca que esta combinación de enfermedades impacta de manera desfavorable el tratamiento de la tuberculosis.

En cuanto a los resultados relacionados a la adherencia terapéutica, se determinó que la mayoría (53.3%) de la población atendida con tuberculosis pulmonar es adherente, mientras que el (46.7%) no son adherentes. Estos resultados son similares a los de Bacilio (2019) Se concluyó que los pacientes presentan un elevado desconocimiento sobre la enfermedad, las medidas de prevención y la importancia de seguir correctamente la medicación en cuanto a dosis y prescripción médica, lo que refleja una adherencia terapéutica deficiente. En contraste, el estudio de Cornejo (2021) determinó que el 90,2% de los pacientes presentaba un buen manejo de sus medicamentos en relación con el tratamiento de la tuberculosis.

La falta de cumplimiento adecuado del tratamiento contra la tuberculosis se asocia con una mayor probabilidad de que la enfermedad continúe

propagándose en la comunidad, así como con el incremento de la resistencia a los fármacos, el aumento de la mortalidad y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes (46).

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe relación significativa entre la depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar, en el análisis de correlación (Rho Spearman = -0.485) y un (p valor = 0.007), lo que indica una correlación negativa débil. Esto significa que a medida que aumentan los niveles de depresión, la adherencia al tratamiento tiende a disminuir.
2. Se identificó que existe relación significativa entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar, ya que se obtuvo un coeficiente de correlación (Rho de Spearman = 0.367) y un valor (p = 0.046). Estos resultados indican la presencia de una correlación positiva débil entre las variables de estudio.
3. Se identificó que existe relación significativa entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar, ya que se obtuvo un coeficiente de correlación (Rho de Spearman = -0.432) y un valor (p = 0.017). Estos resultados evidencian una correlación negativa débil entre ambas variables.
4. Se identificó que existe relación significativa entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar (Rho = 0.446; p = 0.013), evidenciando una correlación positiva débil.
5. Se identificó que existe relación significativa entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis pulmonar, con (Rho de Spearman = 0.434 y p = 0.016), evidenciando una correlación positiva débil.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al área directiva de la institución, implementar programas de mejora enfocados en la identificación, diagnóstico y el tratamiento de la depresión, con el fin de favorecer la adherencia terapéutica en personas con tuberculosis.
2. Se sugiere que los profesionales que atienden a pacientes con tuberculosis refuercen el trabajo multidisciplinario entre enfermería, medicina, psicología, trabajo social y nutrición, con el objetivo de brindar una atención integral al paciente.
3. Promover la capacitación del personal de Hospital Regional Hermilio Valdizán en el abordaje de pacientes con tuberculosis, según norma técnica y de esta manera aumentar el éxito terapéutico y la sostenibilidad del bienestar integral del paciente.
4. Emplear los datos recopilados en este estudio para reconocer a los pacientes que presentan síntomas de depresión, y mantener su seguimiento con el fin de prevenir el abandono y la inadecuada adherencia al tratamiento.
5. Se recomienda a la familia y entorno cercano de los pacientes, fomentar la comprensión empatía y tolerancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo J, Medina J, Bernal M, Rodriguez I. Neumosur. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 8. Available from: https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/47-TUBERCULOSIS-Neumologia-3_ed.pdf.
2. Organización Mundial de La Salud. Tuberculosis. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 8. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 8. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>.
4. Dirección General de Epidemiología. Vigilancia de Tuberculosis. [Online].; 2024 [cited 2024 Agosto 8. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/>.
5. Castro Galarza CR, Cama Cristobal J, Fernandez Honorio IF. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis. Medisur. 2020 Octubre; 19(5).
6. Morales Miranda HE. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la red Almenara. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2015 Jan; 16(22).
7. Cornejo Cuevas j. Apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis de la unidad de medicina familiar no. 15. Tesis de

especialidad en medicina familiar. [Ciudad de Mexico]: Universidad Autonoma de Mexico; 2021.

8. Bacilio Gonzales C. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis en los pacientes atendidos en el centro de salud de Santa Elena. 2019. Tesis de Licenciatura. Santa Elena: Universidad Estatal Peninsula de Santa Elena; 2020.
9. Preciado Valverde AV. Calidad de atención al paciente con diagnóstico y tratamiento de tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud Nuevo Quinindé Distrito 08D04. tesis de maestria. Esmeraldas: Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2021.
10. Ruiz CC. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Tuberculosis adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 11, Tapachula Chiapas. Tesis de especialidad. Puebla: Universidad Autonoma de Puebla; 2020.
11. Sanz EA. La depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA: Revisión Narrativa. Tesis Pregrado. Madrid: Universidad Autonoma de Madrid; 2019.
12. Jonis Jimenez M, Guzman Reiniso R. Depresión como factor asociado al abandono y a la mala adherencia del tratamiento en pacientes tb sensibles del centro materno infantil Buenos Aires de Villa de Chorrillos. Tesis pregrado. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2021.
13. Bravo Bustamante IL. Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme. Tesis postgrado. [Piura]: Universidad cesar Vallejo; 2023.

14. Ccencho Morote CU. Problemas relacionados con los medicamentos y adherencia terapéutica en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Materno Infantil Rimac. Tesis de maestría. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020.
15. Gomez CMdr. Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento de la tuberculosis en la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis del Hospital Regional de Ica, 2021. Tesis Pregrado. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021.
16. Rosales LGB. Factores de adherencia terapéutica en adultos con tuberculosis en la Red Valle del Mantaro - 2018. Tesis Pregrado. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2020.
17. Gordillo Fernandez TM. Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad César Vallejo; 2018.
18. Veramendi Cáceres S. Depresión y productividad laboral en el periodo de la pandemia del SARS-CoV-2 en trabajadores de salud de la Diresa-Huánuco. Tesis pregrado. [Huánuco]: Universidad Hermilio Valdizan Huánuco; 2022.
19. Marquina Martel KG. La depresión y el rendimiento académico de los estudiantes de cuarto año de la institución educativa Juan Velasco Alvarado. Tesis postgrado. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2019.

20. Asca montoya CR. Depresión y calidad de vida en pacientes no adherentes al targa en el HNHU. tesis postgrado. [Huanuco]: Universidad Hermilio Valdizan; 2018.
21. Cotrina Justo MR. Estrategias de afrontamiento en usuarios con tuberculosis atendidos en el Hospital Base II - Essalud, Huánuco 2021. Tesis Pregrado. Huanuco: Universidad de Huanuco; 2021.
22. Chuquiyauri Arias MN. Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a los establecimientos de salud de Huánuco 2023. Tesis Pregrado. Huanuco: Universidad de Huanuco; 2023.
23. Vasquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Psicología Conductual. 2000 Enero; VIII(3): p. 417-449.
24. Ruiz L. Spyciencia Pro. [Online].; 2022 [cited 2024 Mayo 29. Available from: <https://www.psyciencia.com/pruebas-para-evaluar-la-depresion-un-listado-y-descripcion-de-las-mismas/>.
25. Espectro Autista. [Online]. [cited 2024 Mayo 29. Available from: <http://espectroautista.info/ZDS-es.html>.
26. Tea ediciones. PSEA. [Online].; 2024 [cited 2024 Mayo 29. Available from: <https://pseaconsultores.com/producto/cet-de-cuestionario-estructural-tetradimensional-para-la-depresion-juego-completo/>.
27. Baena ZA, Sandoval Villegaa MA. Los trastornos del estado de ánimo. Revista digital universitaria. 2005 Noviembre; VI(11).

28. Gasto C, Navarro V. La depresión. Primera ed. Badi JGi, editor. Barcelona: Fundación BBVA; 2007.
29. Ortego M, Lopez S, Alvarez M. Ciencias Psicosociales I. [Online].; 2010 [cited 2024 Agosto 12. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/424/course/section/214/tema_14.pdf.
30. Valverde Merino I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018 Marzo; 53(59).
31. Reyes flores E, Trejo Alvarez R. Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Hondur. 2016 Enero; 16(3 y 4).
32. MINSA. Manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis; 2005.
33. Riitta A. Dlodlo GByEH. Manejo de la tuberculosis. Séptima ed. Ignacio MR, editor. París: Unión Internacional Contra la Tuberculosis Enfermedades Respiratorias; 2019.
34. Alarcón Guizado VA, Solís Tupes WS, Arana Narvaez RB. Norma técnica de salud para la prevención y control de la tuberculosis. N° 221-MINSA/DGIESP-2024. [Online].; 2024 [cited 2025 Diciembre 12. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8228140/6873271-nts-para-la-prevencion-y-control-de-la-tb-2024.pdf?v=1750199838>.
35. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y tecnologías en salud CINETS. Ministerio de Salud y protección Social. [Online].; 2013 [cited 2024 Junio 17. Available from:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf).

36. Mazo Álvarez HM, Pérez Villa M, Tapias Huertas V, Carmona Ospina T, Ossa Gaviria MF, Herrera Gallo M. La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. RHS. Revista. Humanismo. Sociedad. 2025 Julio; 13(2).
37. Pages N, Valverde i. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018; 3(58): p. 163-172.
38. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia la Promoción de la Salud. 2015 Junio; 21(1).
39. organizacion Mundial de la Salud. Sitio Web Mundial. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 2. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
40. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Tuberculosis. 2022..
41. Hadi Mohamed MM, Martel Carranza CP, Huayta Meza FT, Rojas León CR, Arias Gonzáles JL. Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. Primera ed. Flores WS/PA/, editor. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 2023.
42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodologia de la investigacion. Sexta ed. Toledo Castellanos MÁ, editor.

Ciudad de Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.

43. Casas J. La encuesta como técnica de investigación. Departamento de Planificación y Economía de la Salud. 2002; 1(52.479): p. 143-162.

44. Bernal C. Metodología de la Investigación. 3rd ed.: Pearson Educación; 2010.

45. Arispe albuquerque M, Yangali Vicente JS, Gerrero Bejarano A, Rivera Lozada de Bonilla O, Acuña Gamboa A, Arellano Sacramento C. La investigación científica. Primera ed. Guayaquil: Universidad Internacional de Ecuador; 2020.

46. Llanos Tejada F, Ponce Chang C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Revista neuropsiquiátrica. 2019 Febrero; 82(2): p. 1045-109.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Pérez R. Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar. Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2024 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado] Disponible en: <http://>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general		Humor depresivo	1,2,3,4	
¿Cuál es la relación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis, HRHV,2024?	Determinar la relación entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Existe relación significativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Depresión	Anergia	5,6,7,8	
				Discomunicación	9,10,11,12	
				Ritmopatía	13,14,15,16	
						Cuestionario para medir la depresión

Problemas específicos	Objetivos generales	Hipótesis específicas			
¿Cuál es la relación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis?	Identificar la relación entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Existe relación significativa entre el humor depresivo y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Adherencia terapéutica	Dimensión: Cumplimiento del tratamiento	Buena Adherencia Cuestionario de Moresby-Green Mala Adherencia
¿Cuál es la relación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis?	Determinar la relación entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Existe relación significativa entre la anergia y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.			

¿Cuál es la relación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis?	Identificar la relación entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Existe relación significativa entre la discomunicación y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.
¿Cuál es la relación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis?	Identificar la relación entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.	Existe relación significativa entre la ritmopatía y la falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

ANEXO 2



CUESTIONARIO PARA MEDIR DEPRESIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis. Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, 2024.

A continuación, le presentamos una serie de preguntas, en las cuales marcará con un aspa (X) la respuesta que crea conveniente.

DATOS GENERALES

Edad: **Sexo:** Masculino () Femenino ()

Nivel cultural: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Trabajado independiente ()

Trabajo dependiente () Sin empleo ()

Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Viudo ()

Procedencia: Urbano () Rural ()

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

N°	Preguntas	1	2	3	4	5
1	Está usted de mal humor la mayor parte del tiempo					

2	Se siente enfermo					
3	Se siente inferior a los demás					
4	Cree que no vale la pena vivir					
5	Se siente aburrido o desinteresado por todo					
6	Le cuesta trabajo pensar					
7	Ha disminuido su actividad habitual					
8	Se siente agotado o se cansa enseguida					
9	Está más sensible que antes					
10	Habla menos con su familia o con sus amistades					
11	Se siente enfadado o molesto con otras personas					
12	Ha dejado de arreglarse o de vestirse como antes					
13	Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormir					
14	Se siente usted con mucha energía por las mañanas					
15	Ha perdido apetito o peso					
16	Se le hacen los días muy largos					



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO



ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA MEDIR ADHERENCIA TERAPÉUTICA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas afectadas por tuberculosis. Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco ,2024.

INSTRUCCIONES. Estimado Sr. Sra. Sírvase responder de manera apropiada respecto al cumplimiento del tratamiento. Para el efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinentes. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial, por lo cual le solicitamos veracidad. Gracias por su colaboración

N°	Preguntas	Si	No
1	¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?		
2	¿Toma sus medicamentos a las horas indicadas por el personal de salud?		
3	¿Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?		
4	¿Si alguna vez le sientan mal los medicamentos, ¿deja de tomarlos?		



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación titulada “Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis. Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco ,2024”

El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica de personas atendidas por tuberculosis.

Se me ha explicado que mi participación sólo consistirá en responder las preguntas planteadas en los instrumentos.

Los investigadores responsables se han comprometido a aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Los datos serán utilizados con reserva solo con fines académicos. Asimismo, a cambio de mi participación no me entregaran ninguna retribución monetaria, pero si me aseguraron que el estudio no significara ningún tipo de riesgo hacia mi persona.

Por otro lado, tengo derecho de retirarme en cualquier, sin que eso signifique ninguna sanción alguna.

Yo....., con DNI
N°....., he decidido: Participar del estudio (), NO participar del estudio
() Huánuco, de.....del 2024

Firma del participante

Firma del investigador

ANEXO 5

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Nombre del experto: Marco Antonio Isidro Céspedes

Especialidad: Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria

Centro de labor: Dirección Regional de Salud Huánuco

ANEXO N° 04

TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EXPERTOS

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación	1	
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación	1	
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento	1	
Los datos complementarios de la investigación son adecuados	1	
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación	1	
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares	1	
El orden de las preguntas es adecuado	1	
El vocabulario es correcto	1	
El número de preguntas es suficiente o muy amplio	1	
Las preguntas tienen carácter de excluyentes	1	

Sugerencias: Ninguno


Marco Armando Isidro Céspedes
DNI N° 22511171

Mg. Marco Armando Isidro Céspedes
Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Nombre del experto: Percy Rodríguez Retis

Especialidad: Maestro en Gobierno y Gerencia en Salud

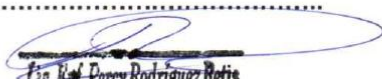
Centro de labor: Universidad de Huánuco, Centro de Salud Potracancha

ANEXO N° 05

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN EXPERTOS**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación	1	
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación	1	
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento	1	
Los datos complementarios de la investigación son adecuados	1	
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación	1	
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares	1	
El orden de las preguntas es adecuado	1	
El vocabulario es correcto	1	
El número de preguntas es suficiente o muy amplio	1	
Las preguntas tienen carácter de excluyentes	1	

Sugerencias: El instrumento es aplicable


Lic. Rof. Percy Rodríguez Retis
MGI. REM.000915 CEP. 35405
Experto

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Nombre del experto: Rousseau Paul Galarza Silva

Especialidad: Maestro en Salud Pública y Docencia Universitaria

Centro de labor: Universidad Nacional Hermilio Valdizán, DIRESA

ANEXO N° 05

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN EXPERTOS**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación	1	
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación	1	
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento	1	
Los datos complementarios de la investigación son adecuados	1	
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación	1	
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares	1	
El orden de las preguntas es adecuado	1	
El vocabulario es correcto	1	
El número de preguntas es suficiente o muy amplio	1	
Las preguntas tienen carácter de excluyentes	1	

Sugerencias: los instrumentos están aptos para su aplicación


Rousseau P. Galarza Silva
C.E.P 35464

Experto

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Nombre del experto: Flor Ángel Espinoza Chávez

Especialidad: Salud Publica/Emergencias y Desastres

Centro de labor: Hospital Regional Hermilio Valdizan

ANEXO N° 04

TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EXPERTOS

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias: El instrumento es aplicable




Experto

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

Nombre del experto: Huber Joel Arrieta Blanco

Especialidad: Maestro en Gestión en los Servicios de Salud/Emergencias y Desastres

Centro de labor: Universidad Nacional Hermilio Valdizán,

ANEXO N° 04

TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EXPERTOS

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación	1	
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación	1	
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento	1	
Los datos complementarios de la investigación son adecuados	1	
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación	1	
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares	1	
El orden de las preguntas es adecuado	1	
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio	1	
Las preguntas tienen carácter de excluyentes	1	

Sugerencias: *Es aplicable*

.....

.....


LIC. HUBER J. ARRIETA BLANCO
C.P. 45454 REE. 20099
EMERGENCIAS Y DESASTRES
Experto

ANEXO 6

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (PUT)
DEFINICIÓN GRÁFICA

CARGO

1. SOLICITANTE: Famto No 7
Perez Wump

2. DNI: 4287132

3. ASUNTO: Solicitud autorización para
ejecución de proyecto de
investigación.

18-12-24

18-12-24

ANEXO 07

CONSTANCIA DE REPORTE TURNITIN



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **FAUSTO ROY PEREZ QUISPE**, de la investigación titulada "**Relación entre depresión y falta de adherencia terapéutica en personas atendidas por tuberculosis pulmonar. Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco, 2024**", con asesor(a): **ELER BORNEO CANTALICIO**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 303-2024-D-EPG-UDH** del P. A. de **MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del **19 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 16 de junio de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una **vigencia de cuatro (4) meses**, conforme a lo establecido en la **Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad**, aprobada mediante **Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH**.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 16 de octubre de 2026.

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 - Jr. Progreso N° 650 - Teléfono: 952 069 844
Huánuco - Perú