UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
01/08/16
BIBLIOTECA CENTRAL

TESIS

"INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015"

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

MALDONADO ALVARADO ANITA MARIA

LOZANO RUIZ LIZ KAREN

PUCALLPA – PERÚ
2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:

.....
Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Presidente

.....
M.C. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Miembro

.....
M.C. AMÉRICO GABRIEL VERGARA VELARDE
Miembro

.....
MC Mg. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHÁVEZ
Asesor

.....
Bach. ANITA MARIA MALDONADO ALVARADO
Tesista

.....
Bach. LIZ KAREN LOZANO RUIZ
Tesista

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015"

1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

MEDICINA INTERNA

1.3. AUTORES:

ANITA MARIA MALDONADO ALVARADO

LIZ KAREN LOZANO RUIZ

Bachilleres en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4. ASESOR:

MC Mg. OSCAR MARCELINO CORNEJO CHÁVEZ

Médico Psiquiatra del Hospital II – Pucallpa ESSALUD

1.5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

Hospital Regional de Pucallpa

DEDICATORIA

Porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, a ti mi Dios.

Por ser los principales promotores de mis sueños, a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, mis abuelos.

A mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio.

Finalmente, a todas las personas que han conformado parte de mi vida y formación todos estos años.

Anita María.

A Dios por ser el inspirador para cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario; ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera. A mi mamá quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, sin ella jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. A mis hermanos, por ser el incentivo para seguir adelante con este objetivo.

A mi familia en general que me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Liz Karen.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por su amor y su bondad, porque nos permite sonreír ante todos nuestros logros que son resultado de su infinita ayuda, porque permite que mejoremos como ser humano y crezcamos de diversas maneras.

- A la Universidad Nacional de Ucayali, nuestra alma máter, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestra aspiración de ser profesional.

- A los docentes de la Facultad de Medicina Humana, por impartirnos los conocimientos para nuestra formación profesional; por su esmerada labor y, a quienes valoramos, respetamos, y guardamos una profunda gratitud y reconocimiento.

- A nuestro asesor MC Mg. Oscar Marcelino Cornejo Chávez, por su apoyo y orientación en la elaboración del presente trabajo de investigación.

- A nuestros padres, hermanos y familiares que han destinado tiempo para enseñarnos nuevas cosas, por brindarnos aportes invaluables que servirán para toda nuestra vida.

- A todos nuestros compañeros y compañeras de sección por los buenos momentos que hemos compartido. Creemos que todos hemos aprendido y aprendemos continuamente de todos y de nosotros mismos, tanto profesional como personalmente. Y eso es enriquecedor en ambos ámbitos. En especial un cariñoso reconocimiento a nuestro amigo, José Felipe Albitres Rojas, porque nos demostraste tu apoyo y nos brindaste ánimos y consejos durante estas últimas muy duras semanas.

- Finalmente agradecemos a todas aquellas personas que de una u otra forma nos han apoyado durante este largo trayecto.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

PORTADA.....III

DEDICATORIA.....IV

AGRADECIMIENTO.....V

ÍNDICE.....VI

RESUMEN.....XII

ABSTRACT.....XIII

INTRODUCCIÓN.....XIV

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema. 2

1.2. Formulación del problema..... 7

1.3. Objetivos de la investigación..... 9

1.4. Hipótesis 11

1.5. Justificación de la investigación. 14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio. 16

2.1.1. Investigaciones Internacionales. 16

2.1.2. Investigaciones Nacionales..... 18

2.1.3. Investigaciones Locales. 19

2.2. Bases teóricas. 20

2.3. Variables 34

2.4. Operacionalización de variables 35

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio 38

3.2. Tipo de investigación 38

3.3. Nivel de investigación 39

3.4. Método de investigación 39

3.5. Diseño de investigación 39

3.6. Población, muestra, muestreo 39

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 40

3.8. Procedimiento de recolección de datos 42

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 43

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados 45

4.2. Discusión 55

CONCLUSIONES: 58

RECOMENDACIONES 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61

ANEXOS 69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:

Relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 73

TABLA 2:

Nivel de depresión según el sexo de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 74

TABLA 3:

Nivel de depresión según la edad de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 75

TABLA 4:

Distribución según el nivel de depresión de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 76

TABLA 5:

Distribución por grado de instrucción de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 76

TABLA 6:

Distribución según estado civil de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 77

TABLA 7:

Distribución según condición laboral de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 77

TABLA 8:

Distribución según intervalo de tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 78

TABLA 9:

Distribución según enfermedad asociada de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 78

TABLA 10:

Distribución según el nivel de adherencia de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:

Nivel de depresión según el sexo de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 46

GRÁFICO 2:

Nivel de depresión según la edad de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 47

GRÁFICO 3:

Distribución según el nivel de depresión de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 48

GRÁFICO 4:

Distribución por grado de instruccion de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 49

GRÁFICO 5:

Distribución según estado civil de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 50

GRÁFICO 6:

Distribución según condición laboral de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 51

GRÁFICO 7:

Distribucion según intervalo de tratamiento antituberculoso de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 52

GRÁFICO 8:

Distribución según enfermedad asociada de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 53

GRÁFICO 9:

Distribución según el nivel de adherencia de los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015 54

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, transversal en los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa. Se usó un universo por conveniencia que fueron un total de 56 pacientes, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 - 71 años de edad, los cuales aceptaron su incorporación al estudio de forma voluntaria. Para la medición del nivel de depresión se utilizó el Test de depresión de Zung; mientras que para la medición de la adherencia al tratamiento antituberculoso se utilizó el Test de Morisky - Green y la revisión de las Fichas de control de tratamiento antituberculoso de cada paciente. **Resultados:** Los pacientes que presentan depresión leve tienen 55.6% de mala adherencia al tratamiento. Mientras que los pacientes con depresión moderada presentan 65% y los pacientes con depresión severa tienen un 85.76% de mala adherencia. La comprobación de la hipótesis se realizó por medio de la prueba chi – cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, donde se obtuvo una significancia de 17,62 y valor de p menor que 0,05: por lo que se concluye que se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la Depresión y la adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** Según los resultados del estudio la depresión se asocia a la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).

Palabras Clave: tuberculosis multidrogorresistente, depresión y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of depression on adherence to tuberculosis treatment in patients with tuberculosis multidrug in the Regional Hospital of Pucallpa in the period January 2014 - December 2015. **Materials and Methods**: A quantitative study was conducted, not experimental, descriptive, correlational transversal in patients with tuberculosis multidrug Regional Hospital of Pucallpa. 71 years old, who accepted joining the firm voluntarily - a convenience universe were a total of 56 patients of both sexes aged 18 was used. The Zung Depression Test was used to measure the level of depression; Green and review of control tabs TB treatment for each patient - while for measuring adherence to TB treatment Morisky Test was used. **Results:** Patients with mild depression are 55.6% poor adherence to treatment. While patients with moderate depression are 65% and patients with severe depression have an 85.76% of poor adhesion. The hypothesis testing was performed using the chi - square test, with a confidence level of 95%, with a significance of 17.62 and value less than 0.05 was obtained: so it is concluded that it is a statistically significant association between depression and adherence to treatment. Conclusions: According to the study results depression is associated with poor adherence to TB treatment in patients with multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB).

Keywords: multidrug-resistant tuberculosis, depression and adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

Se efectuó un estudio sobre la depresión y su asociación con la adherencia al tratamiento de fármacos antituberculosos en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente (TB-MDR) que asisten al Programa de Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de la Tuberculosis del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015.

En la actualidad la Tuberculosis es un problema de Salud Pública, por ser una amenaza a nivel mundial por el aumento de la multidrogoresistencia (TB-MDR) sobre todo en los países en vías de desarrollo, en donde se encuentra pobreza, inequidad y exclusión, que facilita la trasmisión de la enfermedad. No se tiene una estadística actual de la TB-MDR a nivel mundial, el último reporte dado por la Organización Mundial de la Salud el año 2010 que el número de casos de TB-MDR notificados solo representaba el 18% del número estimado de casos entre todos los enfermos de tuberculosis notificado.(1) Se dice que existen factores que afectan la adherencia tratamiento, siendo una de las más importantes la depresión por la frecuente asociación que tiene con la Tuberculosis desde su diagnóstico hasta la asimilación de la enfermedad en los primeros meses de tratamiento.

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

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel mundial, la tuberculosis sigue siendo una de las más mortales enfermedades transmisibles. En el 2013, se estima que 9,0 millones de personas desarrollaron Tuberculosis y 1,5 millones murieron a causa de la enfermedad. Ahora bien, La tuberculosis está disminuyendo lentamente y se estima que 37 millones de vidas fueron salvadas entre 2000 y 2013 a través de su efectivo diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, dado que la mayoría de muertes de la tuberculosis son prevenibles, el número de muertos por la enfermedad sigue siendo inaceptablemente alto y los esfuerzos para combatirla deben ser acelerados; por lo cual es considerada una de los Objetivos de Desarrollo del Milenio el año 2015 dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2)

En América del Sur, el mayor número de casos y las tasas más altas de incidencia se concentran en Brasil y el Perú. La OMS ha estimado que, de no emprenderse medidas de control adicionales, para el año 2020 el número de casos nuevos de tuberculosis se habrá elevado a 10 millones. (3)

Como ya se mencionó, en América, el Perú es uno de los países con mayor proporción de tuberculosis en su población; con solo el 5% del total de población de América Latina y el Caribe, aporta con 25% de los enfermos de TB de la región. De todos los pacientes con TB, el 10% contrae la TB- MDR. (4)

La OMS reporta que de los casos de tuberculosis se estima que han tenido MDR-TB un aproximado de 480 000 personas en el año 2013 y que el 9% de estos tenía tuberculosis extremadamente farmacorresistente (TB- XDR). (5)

Por lo mencionado, diferentes análisis históricos señalan que la mejor forma que tienen los países para enfrentar este problema es la implementación de programas de control con coberturas a nivel nacional y altamente eficientes. En la medida que un programa eficiente

brinde una atención integral, que garantice el óptimo tratamiento contra la tuberculosis comenzará a solucionarse algunos problemas que favorece la presencia de casos de TB-MDR. (6)

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas, fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios; un tema prioritario de salud pública. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. (6)

Una de las mayores problemáticas respecto a las medidas de control del tratamiento es la falta de adherencia farmacológica o incumplimiento terapéutico, que conlleva posteriormente al abandono del mismo. Según el Ministerio de Salud en un estudio de Cohorte a nivel nacional realizado en el año 2006, presenta que el porcentaje de abandono terapéutico es de 3.2% del esquema uno; por otro lado, en el ámbito de la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), para la cohorte del año 2005, se tiene una tasa de abandono de 15% en el esquema Individualizado. (3,7)

Este estudio intenta dar una visión más a fondo de la problemática de la falta de adherencia del tratamiento antituberculosis y su consecuencia más próxima: el abandono del mismo, que se describe en varios niveles que va desde su total rechazo, hacia el uso irregular de drogas o al no cumplimiento de la duración establecida. Ya que sus efectos tiene connotaciones graves, como son: el deterioro físico del paciente por la enfermedad; la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana; la continuación de la propagación de la infección, y la perpetuación de su existencia en la humanidad. (3,8)

Cabe mencionar que la poca adherencia terapéutica es un fenómeno mundial que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa que en casi todos los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia, lo cual genera graves consecuencias como: desequilibrios emocionales, complicaciones físicas, psicosociales, reingresos hospitalarios, pérdida del control de la enfermedad y costos tanto para el sistema de salud

por incremento en los egresos, como para la familia, afectando a la población desde la perspectiva de la calidad de vida y la economía de la salud. (5)

Por lo dicho anteriormente, la falta de adherencia es el principal obstáculo para el control de la tuberculosis. Entonces, uno de los principales objetivos de control de la tuberculosis es reducir las tasas de abandono del tratamiento debido a la interrupción que conduce a una mayor propagación del bacilo a causa de que los pacientes son fuente de infección latente. (9) Asimismo, predispone a una mayor frecuencia de recaídas y fracaso del tratamiento. (3) Además, la OMS considera que la resistencia del bacilo a los fármacos aumenta, tanto el costo como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan. (5)

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no toma adecuadamente su medicación, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente. (10)

Numerosos estudios confirman que la mitad de los pacientes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida a favor de la curación de su enfermedad. Frente esto se puede exponer como causa; que los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos a sus creencias, como también sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera como cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas, sino personas que toman decisiones autónomas, por lo cual el médico debe establecer una alianza con ellos, para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos; aquí es donde tiene un papel relevante la adherencia terapéutica y los pasos a seguir para alcanzarla. El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y

como resultado mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Mientras que el término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido. (11)

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia farmacológica son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de adherencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada). (7) Ahora bien, existen estudios acerca de los factores determinantes para la adherencia del tratamiento antituberculosis; los de mayor frecuencia son los sociodemográficos, en los que se involucra con mayor frecuencia la pobreza, además de la edad, género, la falta de conocimiento de la enfermedad por los pacientes, el grado de instrucción y el alcoholismo. (12) El otro factor determinante con importancia clínica y social es por temor a las reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva. (9)

Otro de los factores determinantes es la psicopatología como principal obstáculo para la adhesión al tratamiento, es decir el estado de ánimo como componente principal para cumplir con las indicaciones del médico y así poder recuperar la salud La literatura indica que la comorbilidad psiquiátrica después de la aparición de la tuberculosis son: el estigma, el aislamiento y el sentido de apoyo social. Sin embargo, no es de sorprender, que aún no se reconozca la mayoría de los casos en que existe un trastorno depresivo, debido a que con frecuencia los pacientes deprimidos aquejan problemas físicos. Además de los muchos factores que encubre el trastorno depresivo, los médicos clínicos con frecuencia tienen alguna limitación para reconocer la enfermedad depresiva, lo cual conduce a dar prioridad al tratamiento de síntomas somáticos , sin realizar un estudio exhaustivo en el área psicosocial. (13)

El primer obstáculo para el reconocimiento de la depresión es que solo uno de cada tres pacientes con trastorno depresivo busca ayuda médica. (14)

La importancia es que con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión; por lo cual, es esencial actuar rápidamente para tratarla. (15)

Finalmente, el tratamiento exitoso de la Tuberculosis requiere una estricta adherencia al esquema farmacológico prescrito. Así como el cumplimiento de las indicaciones de seguimiento. La eficacia terapéutica depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. (15)

Por estas razones es que se planteó el presente trabajo que investigó las variables de depresión y su relación con la adherencia a medicación antituberculosis, muy independientemente a conocer cuál es la causa que produce la depresión en el paciente, que como ya se mencionó líneas arriba puede ser presentado por diferentes causas. (15)

Además, esta investigación no solo se realizó con fines puramente teóricos sino para poder determinar oportunamente los niveles de depresión que presenta el paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente, de modo que nos permita diseñar estrategias de participación profesional multidisciplinaria en la recuperación integral de la salud de estos enfermos. (15)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Influye la depresión en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis - Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la distribución según edad y sexo en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

2. ¿Cuál es el nivel de depresión más frecuente de los pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente deprimidos del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

3. ¿Cuál es el grado de instrucción de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

4. ¿Cuál es el estado civil de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

5. ¿Cuál es la condición laboral de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

6. ¿Cuál es el intervalo de tiempo de tratamiento antituberculoso en que se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

7. ¿Existe alguna enfermedad asociada en los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?

8. ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Objetivo General:

Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

b) Objetivos específicos:

1. Determinar la distribución según edad y sexo en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

2. Determinar el nivel de depresión más frecuente de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

3. Conocer el grado de instrucción de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

4. Conocer el estado civil de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

5. Conocer la condición laboral de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

6. Determinar en qué intervalo de tiempo del tratamiento antituberculoso se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente

deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

7. Conocer si existe alguna enfermedad asociada en los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

8. Determinar el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: La depresión influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis - Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015

H_0: La depresión no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015

1.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. **H_1:** Existe mayor prevalencia de depresión en pacientes mujeres adultas mayores con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

   H_0: No existe mayor prevalencia de depresión en pacientes mujeres adultas mayores con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

2. **H_1:** Existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

   H_0: No existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

3. H_1: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculosos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen secundaria completa.

   H_0: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculosos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen secundaria completa.

4. H_1: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, son convivientes.

   H_0: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no son convivientes.

5. H_1: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no trabajan.

   H_0: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, si trabajan.

6. H_1: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen de 1 a 6 meses de tratamiento.

H_0: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen de 1 a 6 meses de tratamiento.

7. **H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen enfermedades crónicas asociadas.

   H_0: Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen enfermedades crónicas asociadas.

8. **H_1:** Existe mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015.

   H_0: No existe mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

La tuberculosis en el Perú, es considerada un problema de salud pública y la resistencia a los fármacos antituberculosos es una realidad en la que el Estado realiza esfuerzos económicos, debido a que la enfermedad es contagiosa y es causa importante de muerte, por ejemplo: 1552 personas murieron en el año 2013 en el país a causa de la tuberculosis. (16) Entonces la importancia del estudio radica en que la falta de adherencia o el incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, y desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos, además se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse. (17) Es así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

Es de importancia crear conciencia en los integrantes del equipo de salud del Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de la Tuberculosis, no solo la necesidad de dar la medicación sino el preocuparse por identificar los síntomas depresivos que tienen una incidencia mayor en la población con Tuberculosis Multidrogoresiste, que llevaría como consecuencia el abandono del tratamiento ya que genera en la actualidad una creciente preocupación, pues incrementan la generación de nuevos casos de desarrollar Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) o Tuberculosis de Extremada resistencia (TB-XDR); asimismo, disminuye la calidad de vida de la persona afectada, aumenta los costos de atención en salud y facilita la continuidad de fuentes de contagio inadecuadamente tratadas en la comunidad, por lo que asegurar la adherencia es esencial para el éxito del control de la enfermedad. (17)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

2.1.1. Investigaciones Internacionales.

- Un estudio analítico transversal realizado por Pollyanna da Fonseca Silva y col. por el periodo de 2001 a 2010; en el cual el objetivo de investigación fue analizar los factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento para tuberculosis pulmonar en Maranhão, Brasil, en el cual se concluye que: "La enfermedad mental se encuentra asociado con el abandono en el tratamiento antituberculosis" (9)

- Un estudio casos y controles realizado por Simone Teresinha Campani y col en Brasil el año 2011 cuyo objetivo fue determinar los factores predictores de abandono de tratamiento de tuberculosis pulmonar, incluido la depresión, en la ciudad de Porto Alegre, se concluye que: "Los efectos adversos medicamentosos no se relaciona con el abandono del tratamiento, teniendo un resultado estadísticamente no significativo, se encuentra similar porcentajes en ambos grupos de estudios." (50)

- Un estudio transversal realizado por Zekariyas Sahile Nezenega y col. en Sidamazone South Ethiopia el año 2013, cuyo objetivo fue investigar la satisfacción y la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis, se concluye que: "La satisfacción de los pacientes en general tuvo una asociación significativa con la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Esto indica que por el aumento en la puntuación de satisfacción del paciente la probabilidad de ala adherencia al tratamiento eran 0.90 veces mayor" (51)

- En una revisión sistemática publicado el año 2011 realizado por Qian Long y col. en China el 2010, donde se identificó estudios que miden costos de tratamiento de la tuberculosis, las estimaciones de la adhesión del

tratamiento y el impacto en la finalización del tratamiento; se realizó la búsqueda en MEDLINE, PUNBMED, EMBASE, Sciense Direc, HEED y páginas web de relevancia China y de organizaciones internacionales. El objetivo del estudio fue identificar si el cobro por el tratamiento de la tuberculosis podría reducir las tasas de finalización de tratamiento, sobre todo en las personas de bajos recursos. Se concluyó que: "A pesar de una política de tratamiento gratuito de drogas para la Tuberculosis en China, los servicios de salud se cobran en todos los grupos de ingresos y los costos son altos. La adherencia suele ser baja ya que el 73% de los pacientes había interrumpido o suspendido el tratamiento; además, estos hallazgos pueden ser de interés para los interesados en el desarrollo y la propagación de la tuberculosis resistente a fármacos". (52)

- Un estudio transversal realizado por Georgios Moussas y col. el 2008 cuyo objetivo fue evaluar la ansiedad y la depresión en los pacientes hospitalizados por enfermedad crónicas pulmonares: Asma, EPOC y tuberculosis. Para la evaluación de la depresión se usó la Escala de Depresión de Beck, en 132 pacientes con enfermedad pulmonar. En la cual se concluye que: "Los pacientes con EPOC tienen mayor depresión, seguidos por los pacientes con asma bronquial, mientras los pacientes con TBC tuvieron las puntuaciones más bajas de depresión. La ansiedad era mayor en los pacientes con EPOC en comparación con los pacientes con TBC. Los pacientes con EPOC eran mayores y tenían más años de enfermedad en comparación con aquellos con Asma y Tuberculosis." (53)

- En una revisión de 135 artículos realizado por Argiro Pachi y col el 2013 en que se investiga los factores asociados, entre ellos la depresión, con la falta de adherencia de medicamentos en los pacientes que sufren de tuberculosis, se concluye que: "Los estudios reportan altos índices de depresión y ansiedad entre pacientes con tuberculosis más probable relacionada con el estigma social, apoyo social insuficiente, y el impacto

fisiológico de enfermedad crónica. Los factores psicosociales complican la adherencia a medicamentos y hace hincapié en la importancia de la atención a la salud mental para garantizar resultados positivos del tratamiento. La depresión se relaciona con la duración y la gravedad de la enfermedad". (22)

- Un estudio casos y controles realizado por A. C. Pettit y col publicado el año 2013 cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo para el retraso en la culminación en el tratamiento antituberculosis en los años 2000 y 2010. Se concluye que: "La falta de adherencia al tratamiento y las relacionadas con los efectos de los medicamentos antituberculosis, incluidos la depresión, incrementa en cuatro veces más el riesgo de retraso de culminación del tratamiento antituberculosis" (54)

2.1.2. Investigaciones Nacionales.

- Un estudio realizado por el Ministerio de Salud como Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis el año 2012, en el que el objetivo de la investigación que disminuir la tasa de abandonos al Tratamiento garantizando la Intervención Psicológica, en el ámbito de la Salud Mental, que fortalezca la Adherencia Terapéutica en las Estrategias Sanitarias de los Centros de Excelencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis, en la cual se concluye que: "En el ámbito de Salud Mental, los efectos colaterales neuro- psiquiátricos debido a la ingesta de medicamentos, constituyen una de las principales acciones; asimismo, se considera que la labor del Psicólogo, como profesional de la conducta humana con competencia en la prevención, promoción, desarrollo y rehabilitación de las funciones psicológicas en el ámbito de la salud, debe intervenir en los diversos trastornos emocionales y de conductas, asociados directa o indirectamente, quienes contribuirán al manejo

adecuado de la persona con TB-MDR y TB- XDR, garantizando la implementación de estrategias para fortalecer la adherencia al tratamiento y manejo de RAFA que comprometan la esfera de la Salud Mental". (30)

2.1.3. Investigaciones Locales.

A pesar de revisar minuciosamente cada tesis de Ciencias de la Salud en la biblioteca de la Universidad Nacional de Ucayali, no se encontró trabajos sobre el tema en estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS.

DEFINICIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por Mycobacterium tuberculosis, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, sin embargo puede afectar a cualquier órgano de nuestro cuerpo. Es curable y prevenible. (18)

EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, esas personas están infectadas por el bacilo pero no han enfermado ni pueden transmitir la infección. (19)

La TB es la enfermedad de etiología infecciosa con mayores tasas de morbimortalidad. (20) No obstante, a nivel mundial y en nuestro continente ha disminuido la tasa de incidencia y se espera alcanzar las metas planteadas por el Plan Global planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para detener la TB en el quinquenio (2011 – 2015). (21) La OMS encontró que para el año 2009 hubo: 9,4 millones de nuevos casos, una prevalencia estimada de 14 millones de casos, 1,3 millones de muertes en personas no infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y 380 000 muertes en personas VIH positivas. Se observó que la distribución de casos no es homogénea, ya que el 85% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo. (8)

Según la estadística del Ministerio de Salud, durante el año 2013 se registraron 31 mil casos de TB en la forma sensible; 1,260 casos de TB multidrogoresistente (MDR) y 66 casos de TB extremadamente drogorresistente (XDR). (16)

La Tuberculosis afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. En 1990 solo 25% de los servicios del Ministerio de Salud desarrollaban actividades de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis, para el año 2006 se

garantizó el acceso al diagnóstico y tratamiento gratuito para todas las personas con TB y TB MDR. En la actualidad, aproximadamente el 60% de los casos se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica. (9)

TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE (TBC MDR)

En un estudio realizado por Oswaldo Jave que tuvo como objetivo revisar el estado actual de la TB-MDR en el año 2003 nos dice que cuando el germen o bacilo de la TB se vuelve resistente a por lo menos los dos principales antibióticos: rifampicina e isoniazida, se dice que se ha producido la multirresistencia (MDR), con lo que una enfermedad curable se torna casi incurable, pues el tratamiento moderno primario se vuelve ineficaz, con riesgo de morir lentamente si no recibe pronto tratamiento para MDR, pero además con el riesgo de transmitir esta forma grave a sus familiares, a sus amigos, a sus compañeros de trabajo y al resto de la sociedad; que se encuentra en contacto con él. Cuando no se accede a tratamiento anti TB apropiado, aproximadamente 80% de los enfermos fallecerá en el curso de los ocho años siguientes. (22,23)

EPIDEMIOLOGÍA

La clasificación internacional sobre el grado de la severidad de la TB MDR no está estandarizada. El Programa Global de TB/OMS clasifica a los países según el porcentaje de TB que son multirresistentes respecto al total de casos, considerando severa cuando sobrepasa el 3% de los casos nuevos. Según ello, el Perú en el año 1999 no figuraba en la lista de países con alta carga de TB-MDR por tener en esos momentos solamente 3%. (24)

Las cifras de tuberculosis (TB) en el Perú no ceden. Pese a las estrategias puestas en marcha el 2013 solo se logró reducir la tasa de mortalidad de 105.2 a 101.3 casos por cada 100 mil habitantes. En América, seguimos siendo los segundos con la estadística más alta en la forma sensible del mal y los primeros con casos de Tuberculosis Multidrogoresistente. (6) Es así como en América Latina la tasa de incidencia del año 2011 se encuentran entre 100 a 299 casos por cada 100 000

habitantes, de los cuales aproximadamente el 4.5% son Tuberculosis Multidrogoresistente. (21)

Respecto a la Tuberculosis Multidrogoresistente en EsSalud, la incidencia de los casos el año 2011, se registraron un total de 370 casos, valor que significaría un 56% de incremento en relación a los 236 casos reportados en el año 2010. No se cuenta con estadística de mayor actualidad. (25)

DIAGNÓSTICO

El contagio con bacilos farmacorresistentes produce una tuberculosis resistente que antiguamente, antes de la existencia de las pruebas de sensibilidad, se diagnosticaba solamente cuando después de 3-5 meses de tratamiento, se comprobaba que éste no había sido efectivo. (18)

El diagnóstico de la tuberculosis (TB) requiere con frecuencia un alto nivel de sospecha, especialmente en áreas de baja prevalencia. Al existir sospecha de TB, deben recolectarse muestras de esputo y otros especímenes para baciloscopía (detección de BAAR), cultivo y pruebas de sensibilidad. La posibilidad de fármacorresistencia debe sospecharse al mismo tiempo que se recolecta la muestra y se selecciona el tratamiento inicial. La evaluación incorrecta de la posibilidad de la existencia de TB fármacorresistente y la larga espera, semanas o meses, por los resultados de las pruebas de fármaco susceptibilidad, puede conllevar a la innecesaria administración de esquemas de tratamiento inapropiados. (26)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE

Según la Norma Técnica de Salud del año 1996, el Perú actualizó sus normas nacionales abandonando su antigua decisión de tratar todos los casos de TB con un único esquema medicamentoso, estableciendo esquemas de Tratamiento diferenciado. (23) También se describen las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir el paciente, las indicaciones del tratamiento

complementario como son: la nutrición, por lo que se debe procurar asegurar una nutrición adecuada en el paciente con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal, mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, así mismo mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión clínica en el paciente. (24)

En el Perú la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control y la Prevención de la Tuberculosis (ESN-PCT), establece la doctrina, normas y procedimientos, para garantizar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a las personas afectadas, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad. En éste ámbito, el desarrollo de Centros de Excelencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis (CE-PCT), promueve la formación de una red de establecimientos con amplia experiencia, cuya finalidad será incrementar el acceso y la eficacia del tratamiento en los diferentes niveles de atención, desde un enfoque de salud pública y promoción de la salud, que reduzca el impacto de la enfermedad. (27,28)

Los medicamentos de segunda línea que se utilizan en pacientes con tuberculosis resistente suelen tener efectos más tóxicos en comparación a los de la Tuberculosis Multidrogoresistente sensible y su acción terapéutica requiere de uso prolongado para alcanzar la curación. En caso de Multidrogorresistencia se recomienda de al menos 18 meses de tratamiento. El tratamiento debe ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrado a los servicios generales de salud. (29)

Los Centros de Excelencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis, proponen un manejo moderno de la gestión, que incorpora aspectos epidemiológicos, operativos, financiamiento, la mejora de los recursos humanos, capacitación y control de infección por tuberculosis en el establecimiento de salud; asimismo, se orienta al logro de resultados sanitarios óptimos, mediante la aplicación de normas técnicas basadas en los estándares internacionales para las buenas practicas, incorporando en el cuidado de las personas afectadas por Tuberculosis el soporte técnico, social y

psicológico, mediante acciones costo-efectivas en el marco de la Estrategia y la Alianza Alto a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS).30

Entonces se ha estandarizado que el inicio del tratamiento en el establecimiento de salud según la posología del médico consultor debe realizarse dentro de un tiempo no mayor de 14 días de haberse diagnosticado la Tuberculosis resistente. (22)

Según la norma planteada por el Ministerio de Salud, el tratamiento será supervisado en el 100% de los casos por el Personal de Salud, y en casos estrictamente necesarios, por los Promotores de Salud. La administración del tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales). (31)
Los medicamentos según su uso tienen una clasificación según la sensibilidad de la Tuberculosis. Podemos encontrar los de primera línea que se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente, entre ellos encontramos; rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol, estreptomicina. En el caso de los medicamentos de primera línea deberán administrarse todos juntos en una sola toma, solo en el caso de presencia de reacciones diversas se podrá fraccionar las dosis por periodos muy cortos. El otro gran grupo de medicamentos son los de segunda línea que se utilizan generalmente en pacientes con tuberculosis farmacorresistentes (TB-MDR). Son menos eficaces y de menor tolerancia para el paciente, entre los cuales encontramos; kanamicina, ethionamida, ciprofloxacino, entre otros. (32)

La mejor opción de manejo para la Tuberculosis Multidrogoresistente es el retratamiento individualizado basado en la prueba de sensibilidad del paciente, por lo que es importante garantizar el cultivo positivo; pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de pruebas de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento. (26)

El tratamiento tiene una duración de 18 meses para aquellos con lesión pulmonar mínima (menos de 50% del único pulmón comprometido), no cavitada, sin antecedentes de tratamiento previo de ningún tipo, sin comorbilidad presente, regulares al tratamiento, sin antecedentes de cirugía torácica terapéutica por Tuberculosis Multidrogoresistente, con conversión bacteriológica a cultivo negativo dentro de los seis meses de tratamiento. Y de 19 a 24 meses, para el resto de pacientes. (26)

La eficacia terapéutica de los Medicamentos Antituberculosos de Segunda Línea, depende en gran medida de la voluntad y la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de una forma regular, según lo prescrito. La toma esporádica de la medicación se asocia con fracaso terapéutico y desarrollo de cepas de M. Tuberculosis resistentes a los fármacos. (28)

El objetivo principal es reducir radicalmente la carga mundial de TB para 2015, garantizando que todos los pacientes, entre ellos los coinfectados por el VIH y los que padecen TB resistente, se beneficien del acceso universal a un diagnóstico de gran calidad y a un tratamiento centrado en el paciente. La estrategia también apoya el desarrollo de nuevos instrumentos eficaces para prevenir, detectar y tratar la enfermedad. La estrategia "Alto a la Tuberculosis" es la base sobre la que se asienta el Plan Mundial para Detener la TB 2006-2015.16 En el Perú, la TB-MDR es una amenaza a la efectividad del DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado) por la poca consciencia de enfermedad de los pacientes. Sin embargo, con la existencia de quimioterapia eficaz; el fortalecimiento de la red de laboratorios, las permanentes actividades de promoción y prevención; y la experiencia adquirida en su manejo, se estima que la incidencia de TB-MDR continúe la tendencia descendente tal como ha ocurrido en el año 2006. (18)

En ese sentido dicho plan conlleva el compromiso de establecer y ampliar la estrategia DOTS hasta el presente año 2015, con el fin de disminuir la TB en el Perú,

teniendo para esto un sistema de vigilancia-acción en los diferentes niveles de complejidad que permite la toma oportuna de decisiones. (18)

REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTITUBERCULOSIS (RAFAS)

La denominación reacciones adversas a fármacos describe el daño asociado con el uso de una medicación en dosis normales.(12)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Reacción Adversa a Medicamentos a: "cualquier efecto perjudicial e indeseado que se presente tras la administración de dosis normalmente utilizadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad" y considera que los término "reacción adversa", "reacción indeseable" y "enfermedad iatrogénica" son equivalentes. (28,34)

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFAS) pueden constituir un serio obstáculo para el tratamiento, comprometiendo la eficacia del mismo. Los fármacos empleados en esquemas de tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente y extensamente resistente se consideran de mayor toxicidad que los empleados en tuberculosis sensible, agregándose asimismo la mayor duración del tratamiento (18-24 meses). (35)

Según la Norma Técnica del MINSA dada el año 2013, los medicamentos de segunda línea tienen por característica ser potencialmente más tóxicos, desarrollando más frecuentemente problemas de RAFAS, motivo por el que su uso requiere un adecuado manejo en las mismas. (26)

Los efectos adversos se pueden clasificar en gastrointestinales; dermatológicos e hipersensibilidad; anomalías hematológicas; síndrome de hipersensibilidad; neurotoxicidad; ototoxicidad; toxicidad oftálmica; nefrotoxicidad y musculoesqueléticas. (26,36)

DEPRESIÓN

La depresión representa un grave problema de salud pública, cuyo impacto trasciende los límites de lo individual y lo familiar. Se estima que en las próximas décadas los costos sociales asociados a la misma se incrementan en forma significativa y que la carga mundial de morbilidad asociada será suficiente para hacerla aparecer en el listado de las patologías de mayor impacto global. (37)

Según, La Organización Mundial de la Salud (OMS), el cuadro de mortalidad y de enfermedad sufrirá un cambio radical en las próximas dos décadas, en efecto, de un quinto lugar en la actualidad, la depresión saltará a ocupar el segundo lugar, después de las enfermedades cardiovasculares, y los desórdenes neurológicos, que van desde la depresión hasta la enfermedad de Alzheimer que hoy aflige a 400 millones de humanos en el mundo. (38)

Ocasionalmente, las personas sienten tristeza y melancolía; pero estos sentimientos suelen ser de corta duración y pasan dentro de un par de días. Sin embargo; cuando usted tiene la depresión, esto interfiere con la vida diaria y causa dolor, tanto para usted y los que se preocupan por usted. (39)

Por lo general, muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la mayoría, incluso los que tienen la depresión más severa, puede mejorar con tratamiento. Los medicamentos, psicoterapias, y otros métodos pueden tratar de manera efectiva a las personas con depresión. (40)

TIPOS DE DEPRESIÓN

La tuberculosis y la depresión se encuentran relacionadas. Las formas más frecuentes de presentarse son dos:

A. Depresión Mayor: Los síntomas son severos e interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Un episodio puede ocurrir sólo una vez en la vida de una persona, pero lo más a menudo es que una persona tenga varios episodios. (40)

B. Trastorno Depresivo Persistente: Dura por lo menos 2 años, puede tener episodios de depresión mayor, junto con los períodos de síntomas menos graves. (40)

ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESIÓN

Se cuentan en la actualidad con diferentes escalas para medir depresión, las más utilizadas son:

ESCALA DE HAMILTON

Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. (41)

ESCALA AUTOAPLICADA DE ZUNG

Desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático- conductual del trastorno depresivo. (42)

Esta escala se encuentra formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 punto (raramente o nunca) hasta 4 puntos (casi todo el tiempo o siempre). (42)

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

Este cuestionario fue creado en la época de los años 70' con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide la salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor. (43)

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

El Test de depresión de Beck es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Es uno de los cuestionarios más utilizados dentro del capo de la psicología a la hora de medir la severidad de la depresión.(40)

DEPRESIÓN Y TUBERCULOSIS

La Tuberculosis (TB), está asociada frecuentemente a la existencia de trastornos emocionales y de conducta; asimismo, la falta de conciencia de enfermedad, soporte familiar y/o social, como el consumo de sustancias psicoactivas, son factores de riesgo no farmacológico que pueden dificultar la culminación del tratamiento; adicionalmente, en algunos casos los fármacos pueden ser causa de Reacciones adversas a medicamentos (RAFA), que provocan o exacerban alteraciones de la esfera mental, contribuyendo al incumplimiento de la terapia. (44)

Es de esperarse algún nivel de depresión situacional en la mayoría de los pacientes que luchan contra las dificultades de la terapia para la TB fármacorresistente. La Isoniazida, la etionamida y la cicloserina se ha relacionado con la depresión, la que a su vez ha sido descrita como severa en varios reportes. El retiro de este medicamento del esquema está asociado con una recuperación rápida. (37) Por lo

general, cunando hay presencia significativa de depresión, la cicloserina no debe ser parte del esquema de tratamiento inicial. (26)

Según la norma técnica del año 2010 menciona que la terapia psicológica es importante durante el tratamiento pues muchos pacientes presentan depresión reactiva al conocer su diagnóstico o en el curso de un tratamiento prolongado. (23)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En la literatura encontramos diferentes términos para referirnos a este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros. (45)

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. (32, 46)

En 1976, Haynes al conceptuar la adherencia terapéutica, que actualmente se considera como un clásico, hace referencia: "A un conjunto de conductas en las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables". (47)

En conclusión la definición sobre la adherencia al tratamiento tomado en el presente trabajo de investigación es la dado por la OMS en el 2004, siendo esta una definición que mejora la de Haynes, donde refiere que es el grado en la cual el comportamiento de una persona, es decir tomar sus medicamentos, se correspondan con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria. Quedando claro que en la entrevista con el paciente la relación entre este y el agente de salud, debe ser una asociación que recurra las capacidades de cada uno. Así mismo se

indica que es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva, la buena comunicación entre ambos y una posición de los pacientes como socios activos con los profesionales de la salud para su propia atención. Esta definición es una de las conclusiones de la reunión sobre adherencia terapéutica de la OMS en Junio del 2001 en la cual se concluye definir la adherencia como "el grado en que el pacientes sigue las instrucciones médicas", siendo esta un punto de partida útil, aunque insuficiente. (48)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe anual, reporta una proporción general de abandono del tratamiento antituberculosis para América Latina del 6%, siendo en el Perú de 5,6%. Dada la magnitud, dicho abandono constituye un problema para el programa de control de tuberculosis. (31)

Existen varios métodos para medir la no adherencia al tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla, por lo que se deben utilizar de dos a más para recabar la mayor información posible, ya que todos los métodos poseen carencias. En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo. (20)

Se han propuesto diversos métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a éstos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos. Con relación a la utilización del método ideal, se plantea que lo idóneo es combinarla entrevista directa al paciente y la valoración de los logros con el tratamiento. (49)

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

Existen factores que están asociados a la adherencia del tratamiento antituberculoso entre los cuales se menciona: los relacionados a la interacción del personal de salud

con el paciente, al régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente. (25)

En la interacción profesional de la salud - paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar la adherencia. En algunos casos los pacientes con Tuberculosis, no entienden sobre el proceso de enfermedad, el tratamiento, los exámenes de control, por qué el tratamiento de la Tuberculosis tiene una larga duración, entre otros aspectos. Por lo cual es necesario no solo proporcionar la información, sino llevarlo a acabo a medida del entendimiento del paciente. En cuanto a la relación personal de salud -paciente, debe estar basada en la confianza y respeto, considerando que el tratamiento contra la tuberculosis es de meses. Si el paciente confía, es más probable que siga las indicaciones y consejos, así como manifieste sus dudas y temores. (25)

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Los aspectos que ejercen una mayor influencia en el tratamiento contra la tuberculosis son: la dosificación, y los efectos secundarios de los medicamentos. En el caso del tratamiento de esquema uno, se sigue regímenes de multidosis, según las fases del esquema, son once pastillas que el paciente debe ingerir en una sola toma. (25)

En cuanto a la duración del tratamiento según el esquema en referencia son seis meses de tratamiento, por lo que en relación a la conducta de cumplimiento, las tasas de adherencia disminuiría a medida que la terapia se alargaba. Los pacientes con Tuberculosis, se encuentran más vulnerables a las reacciones adversas, por la dosificación de medicamentos así como por el tiempo prolongado del tratamiento. (25)

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente con Tuberculosis que por lo general experimenta un conjunto particular de síntomas al inicio de la enfermedad; al inicial el esquema de tratamiento, durante la primera fase puede disminuir drásticamente los síntomas, se siente aliviado, asintomático y pone en riesgo la adherencia al tratamiento. (25)

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. Igualmente los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, que influyen directa o indirectamente en sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud. Sin embargo, en el presente estudio no se tomó en cuenta esos factores sino se investigó a la depresión con la asociación a la mala adherencia. (25)

2.3. VARIABLES

Variable independiente

Depresión en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

Variable dependiente

Adherencia al tratamiento.

Variables Intervinientes

- Sexo.
- Edad.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Condición laboral.
- Enfermedad asociada.
- Tiempo de tratamiento.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Adherencia al tratamiento antituberculoso	Cumplimiento de las indicaciones con respecto al tratamiento, el cual se mide: Buena Adherencia No/Si/No/No/No Mala Adherencia Uno o más respuestas distintas a No/Si/No/No/No	Buena Adherencia Mala Adherencia	Ítems del Test Morisky – Green
Depresión	Grado de tristeza que siente una persona, la cual se mide mediante el Test de Zung. <50 No depresión 50-59 Depresión leve 60-69 Depresión moderada >70 Depresión severa	No deprimido Depresión Leve Depresión Moderada Depresión Severa	Ítems del Test Zung
Grupo etario	Tiempo en años que ha vivido la persona	Adolescente Adulto joven Adulto maduro Adulto Mayor	12 - 18 años 19 - 34 años 35 - 64 años ≥ 65 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a las mujeres y varones	Masculino Femenino	Identidad sexual
Grado de instrucción	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal.	Primaria Completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Superior Incompleta	Nivel educativo
Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia	Soltero Conviviente Casado Separado Divorciado Viudo	Registro civil certificado

Condición laboral	Personas que cuentan con una ocupación laboral sea dependiente o independiente	No Trabaja Trabajador Independiente Trabajador Dependiente	Tipo de trabajo
Enfermedad asociada	Afecciones que coexisten o suceden a otra, así mismo de sus complicaciones o secuelas.	No padece de otra enfermedad Hipertensión arterial Diabetes Mellitus VIH	Tipo de enfermedad coexistente
Intervalo de tratamiento	Intervalo de tiempo en el cual se encuentra el paciente en tratamiento antituberculoso - Multidrogoresistente	1– 6 meses 7 – 12 meses 13 – 18 meses ≥ 19 meses	Tiempo de tratamiento

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Regional de Pucallpa localizado en la provincia de Coronel Portillo, distrito de Callería, dirección: Jr. Agustín Cauper 285.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional, transversal.

Cuantitativo: Porque usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base de la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.

No experimental: Porque se realiza sin manipular deliberadamente las variables. Este tipo de estudio busca observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Es decir, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza.

Correlacional descriptivo: Este tipo de estudio persigue medir el grado de relación existente entre dos o conceptos o variables.

Transversal: Porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlaciónales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel correlacional (según los objetivos)

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método lógico no inductivo.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

Población de estudio

Se trabajó con la población total de pacientes respetando los criterios de inclusión y exclusión. La población sujeto a estudio fue de 56 pacientes con tuberculosis multidrogoresistente deprimidos en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

Muestra de estudio

Se realizó un muestreo por conveniencia, incluyendo a toda la población que cumplía con los criterios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con TB-MDR en cualquiera de sus formas y con prueba de sensibilidad negativa para rifanpicina e isoniacida. Que se encuentren deprimidos
- Pacientes desde 18 años a más.
- Pacientes que están recibiendo tratamiento antituberculoso de un mes o más.
- Pacientes que voluntariamente acepten colaborar con el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con TB-MDR que hayan sido diagnosticados de depresión antes del inicio del tratamiento antituberculoso.
- Ficha de recolección de datos mal llenadas o llenadas de forma incompleta.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron fue una Ficha de recolección de datos que estuvo constituida por un cuestionario simple para obtener los datos generales del paciente; ficha de la escala de depresión de "Zung" y ficha con el "Test de Morisky Green" para evaluar adherencia al tratamiento. Además de la ficha de control de tratamiento diario, donde se verificó la información dada por el paciente acerca del consumo de sus medicamentos diariamente, y así se evitó sesgo de información.

TEST DE MORISKY GREEN

Fue desarrollada por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) en el año 1986 y fue validado por Val Jimenez en 199256. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. (55)

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí o no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien,

¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Entonces en la evaluación el paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA. Sin embargo en la presente investigación se hará uso de las preguntas originales.

TEST DE ZUNG

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Esta autoescala de Zung tiene una sensibilidad de un 97%, con una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión. Sin embargo no se ha validado con certeza su capacidad para predecir alteraciones somáticas autonómicas.(42)

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92). (42)

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. (42)

INTERPRETACIÓN

Es una escala autoaplicada formada por 20 preguntas relacionadas con la depresión, formuladas la mitad (10 preguntas) en términos positivos y la otra mitad

(10 preguntas) en términos negativos. Se encuentra dividido por ocho preguntas que miden los síntomas somáticos y otras ocho que miden los síntomas cognitivos, completándose la escala con dos preguntas referentes al estado de ánimo y los últimos dos a síntomas psicomotores. (42)

Para la puntuación se hará uso de la El puntaje se hará uso de la escala de Likert de 4 puntos, desde 1 punto (raramente o nunca) hasta 4 puntos (casi todo el tiempo o siempre). Según esta escala daremos un puntaje de 1 al 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; por lo tanto, el rango de puntuación es de 20 puntos mínimo a 80 puntos máximo. Luego, se obtendrá un porcentaje del puntaje sobre el puntaje máximo. (42)

Si el puntaje es menor del 50% se encuentra dentro de los límites normales; si es de 50 a 59% es considerado como depresión Leve; si es de 60 a 69% es considerada depresión moderada; por último si es de 70% a más es considerada depresión intensa. (42)

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso mediante una solicitud dirigida al Director del Hospital Regional de Pucallpa, para que brinde las facilidades de acceso a los pacientes con tuberculosis multidrogoresistente; además, se pidió la debida autorización a la Licenciada de Enfermería encargada del Programa Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles – Control de la Tuberculosis y del Medico Jefe de Investigación de dicho Hospital. Contando con esta aprobación se procedió a la recolección de información.

Para el momento de recolectar los datos, y al ser la investigación de tipo no experimental, analítico, se adaptó una encuesta para la recolección de datos, que será llenado de manera anónima. La recolección de datos, se realizó por los investigadores y colaboradores.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados de la encuesta, fueron registrados y analizados, mediante el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas estadísticas incluyendo: porcentajes y frecuencia. Para determinar la relación entre las variables se aplicó la prueba estadística chi - cuadrado

Los resultados obtenidos fueron representados en tablas y gráficos estadísticos para su mejor comprensión, análisis y discusión.

CAPÍTULO IV

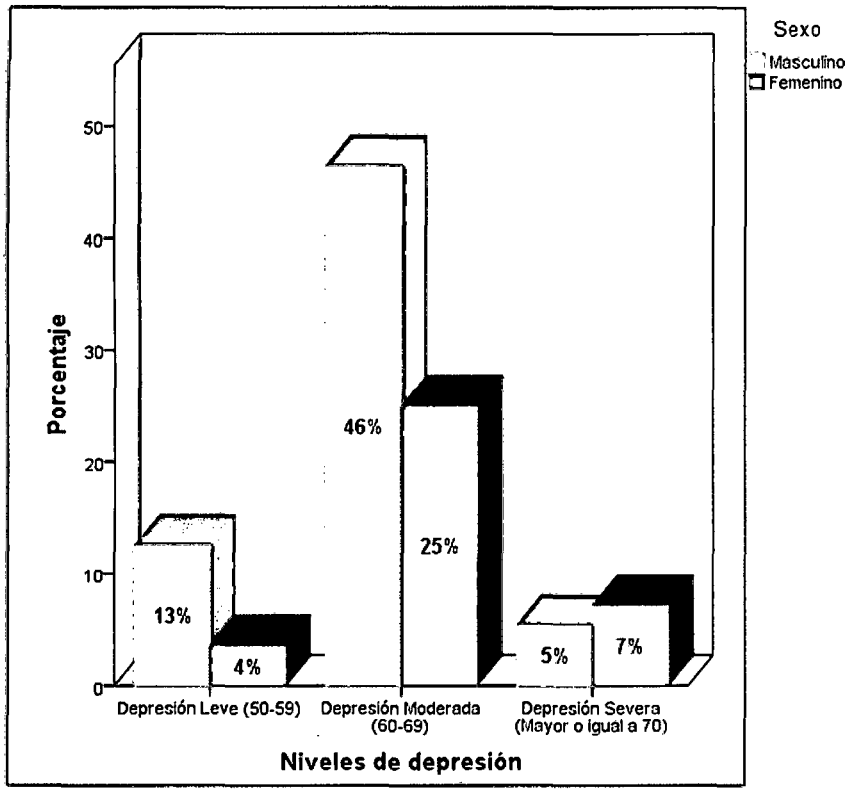
RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en 56 pacientes: 36 varones y 20 mujeres los cuales reciben tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa que accedieron a colaborar con la presente investigación, el llenado de la encuesta, los Test de Zung y de Adherencia Terapéutica de manera anónima.

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

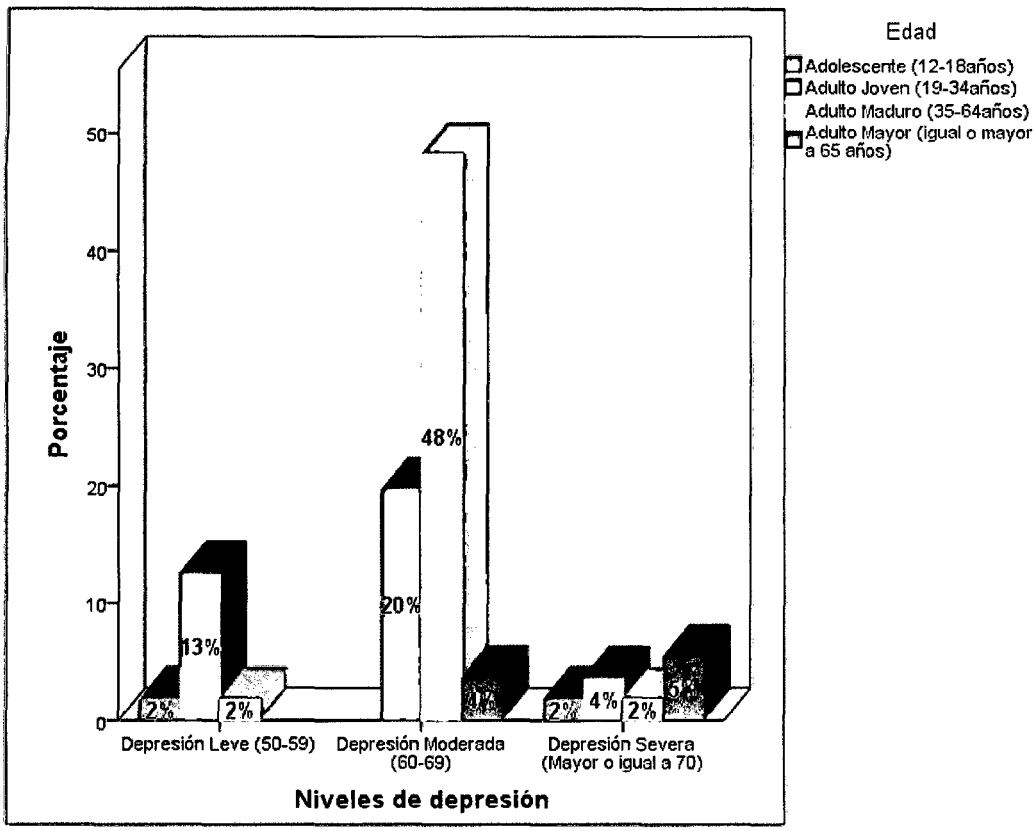


Fuente: Tabla N° 2

El gráfico muestra que del total de 56 pacientes, el 36% representa a la población femenina distribuidos del siguiente modo: 4% presentan depresión leve, el 25% presentan depresión moderada y el 7% presenta depresión severa en comparación con el 64% que pertenece a la población masculina divididos el 13% con depresión leve, el 46% con depresión moderada y el 5% con depresión severa.

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

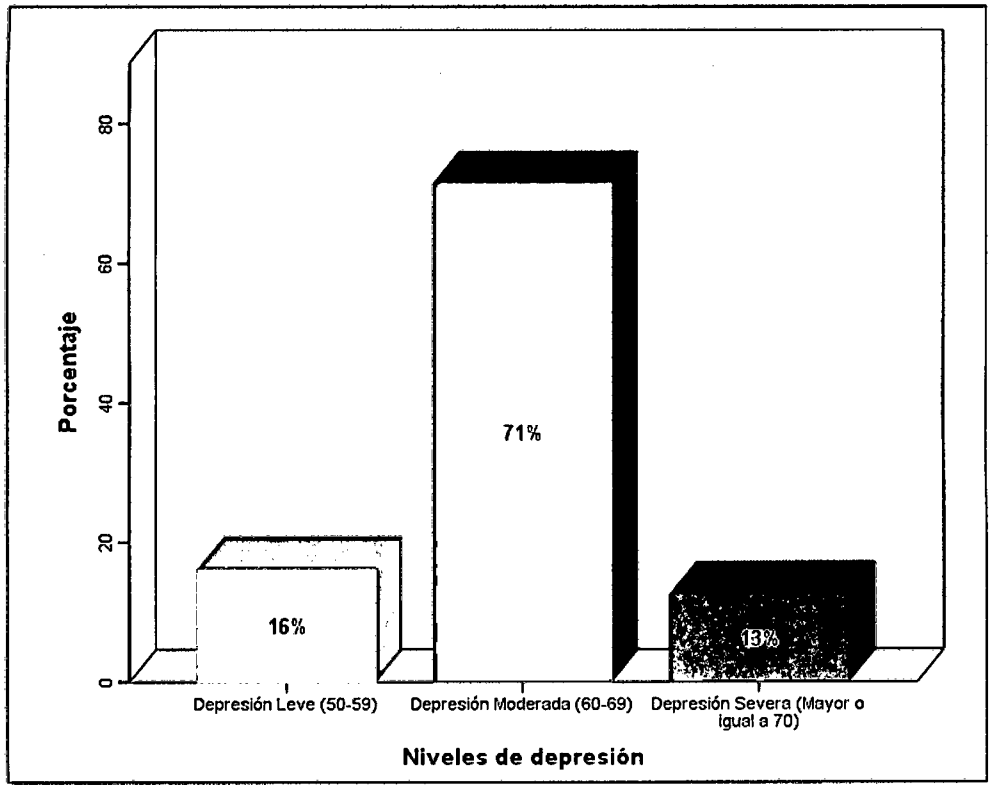


Fuente: Tabla N° 3

El gráfico muestra que los adolescentes presentan un total de 4% de depresión distribuidos del siguiente modo: 2% presentan depresión leve, 0% presentan depresión moderada y el 2% presentan depresión severa. El 37% de la población pertenece al grupo de adulto joven de los cuales el 13% presentan depresión leve, el 20% presentan depresión moderada y el 4% presentan depresión severa. Del 52% de pacientes que pertenecen al grupo de adulto maduro 2% de ellos presentan depresión leve, 48% presentan depresión moderada y 2% presentan depresión severa, 9% de la población pertenece al grupo de adulto mayor los cuales presentan 0% de depresión leve, el 4% presenta depresión moderada y el 5% presentan depresión severa.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

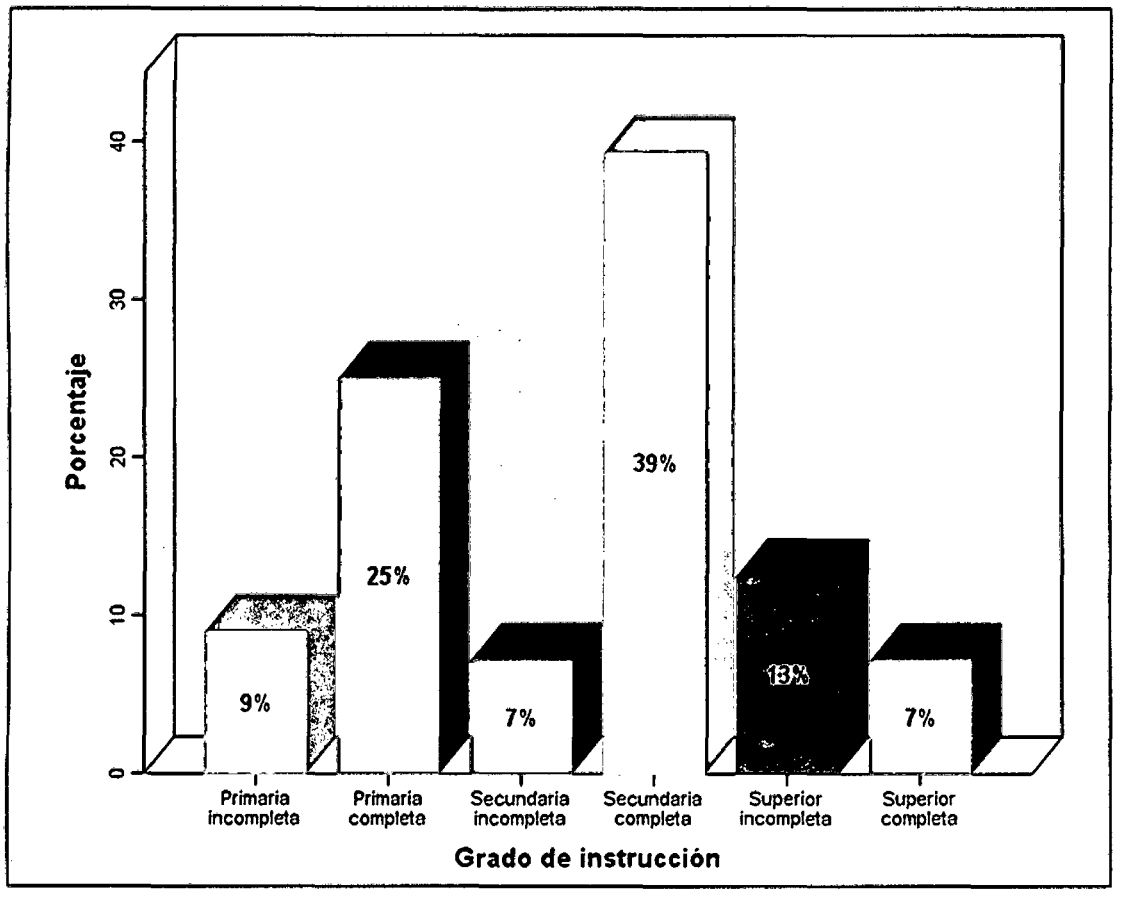


Fuente: Tabla N°4

La gráfica muestra los porcentajes de los niveles de depresión de un total de 56 pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. Un 16% presentan depresión leve, un 71% presentan depresión moderada y un 13% presentan depresión severa.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCION DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

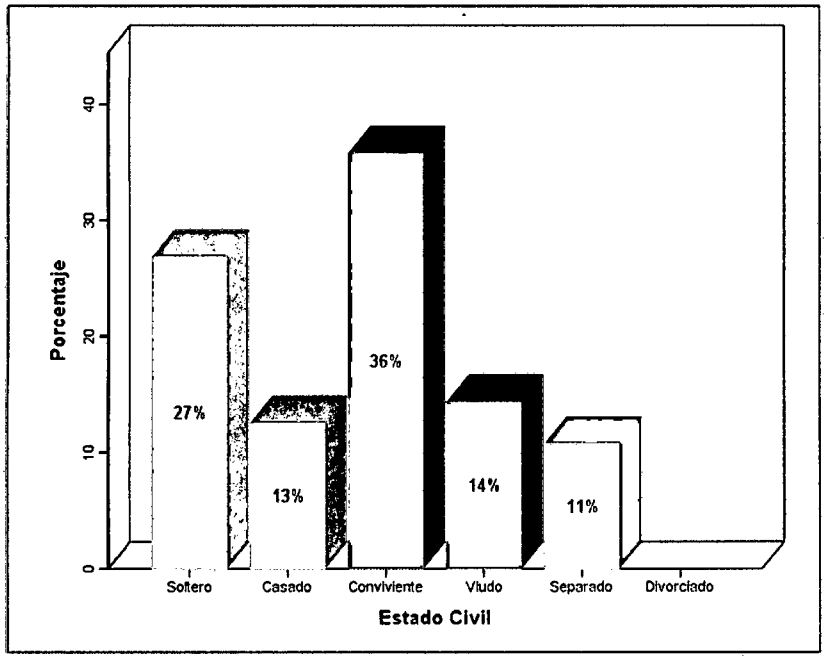


Fuente: Tabla N° 5

La gráfica muestra que el 9% de la población tiene primaria incompleta, el 25% de la población presenta primaria completa, 7% de la población secundaria incompleta, 39% presentan secundaria completa, el 13% presentan superior incompleta y el 7% de los pacientes presenta superior completa.

GRÁFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

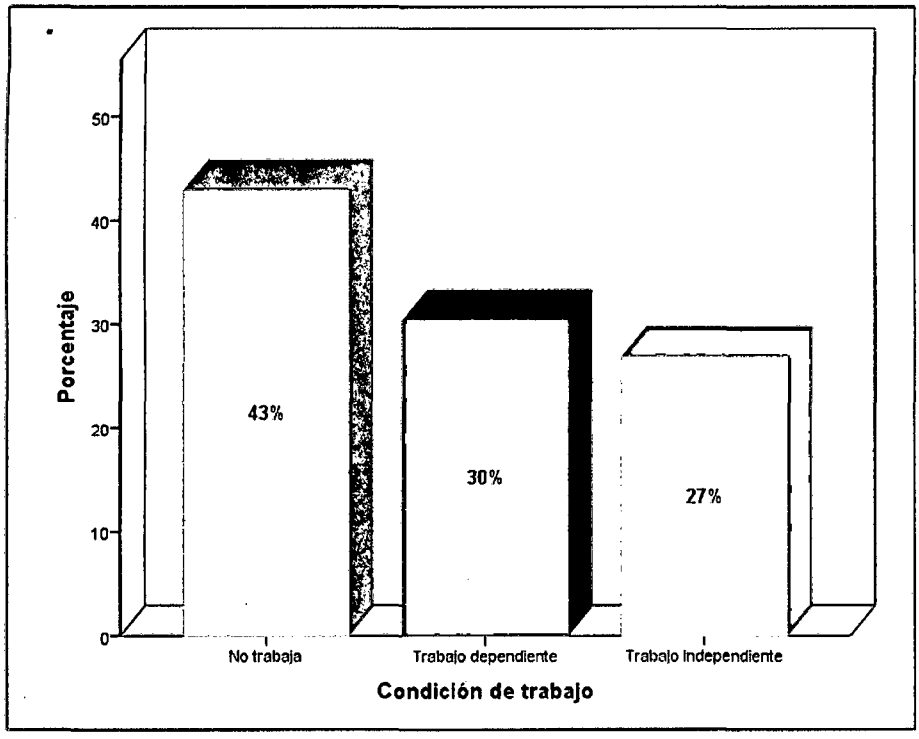


Fuente: Tabla N° 6

La gráfica muestra que el estado civil que más frecuente en los 56 pacientes estudiados fue conviviente con un 36% seguido de soltero con un 27%, viudo en un 14%, casado en un 13% y siendo el menos frecuente el estado civil separado con un 11%.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

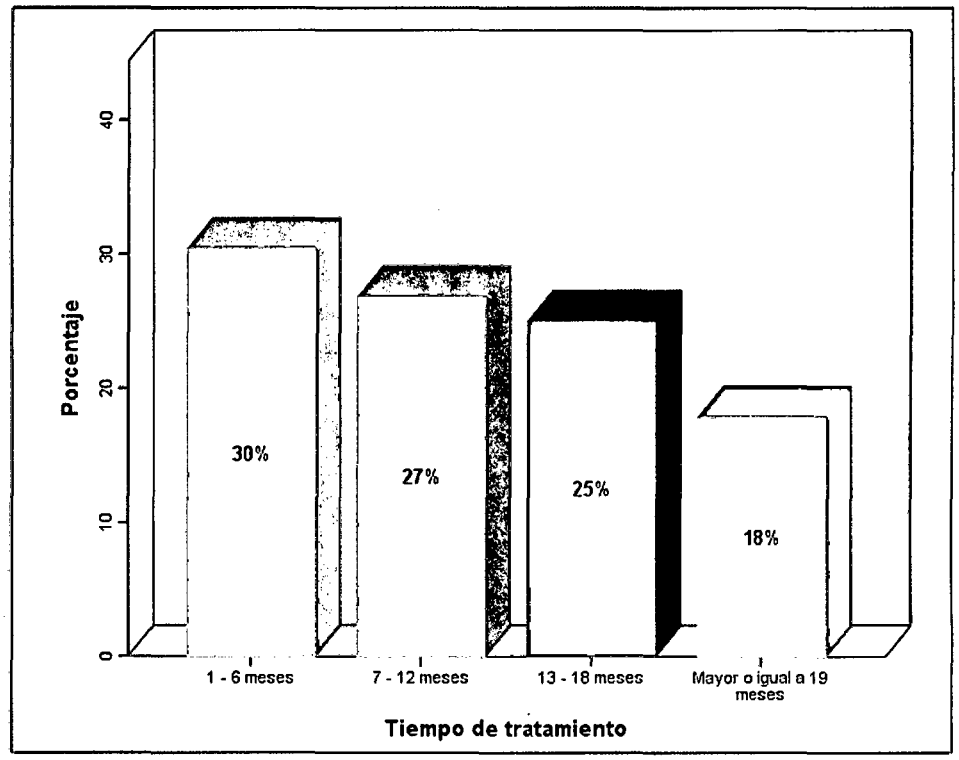


Fuente: Tabla N° 7

La gráfica muestra que el mayor porcentaje de pacientes no trabaja (43%), 30% de los pacientes tienen un trabajo dependiente y 27% de los pacientes tienen un trabajo independiente.

GRÁFICO N° 7:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTERVALO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

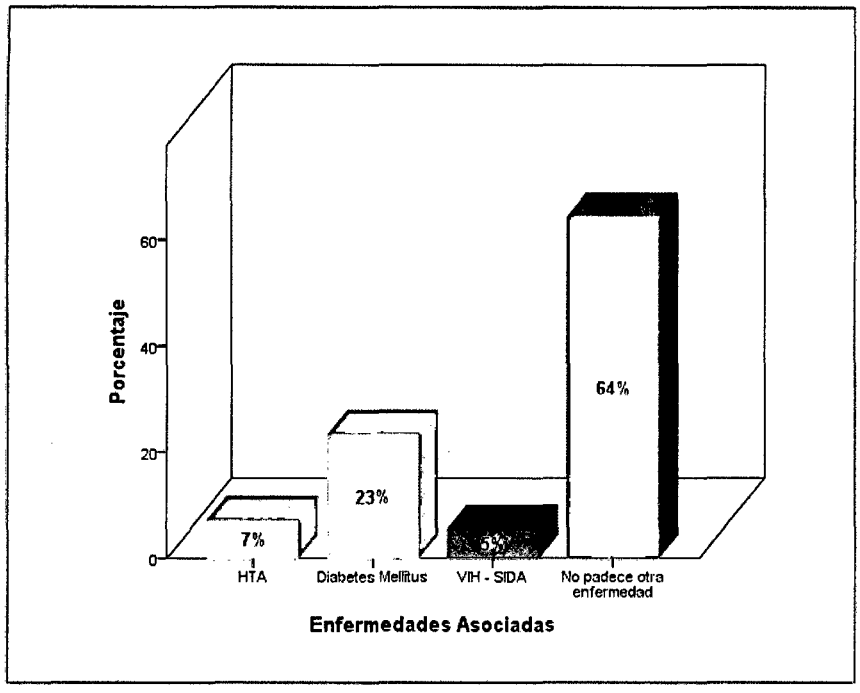


Fuente: Tabla N° 8

La gráfica demuestra que existe un nivel de depresión mayor (30%) en los 6 primeros meses de tratamiento, los 6 meses siguientes presentan un porcentaje del 27%, en el tercer semestre de tratamiento presentan un total de 25% de depresión mientras que el cuarto semestre de tratamiento el nivel solo alcanza el 18%.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ENFERMEDAD ASOCIADA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

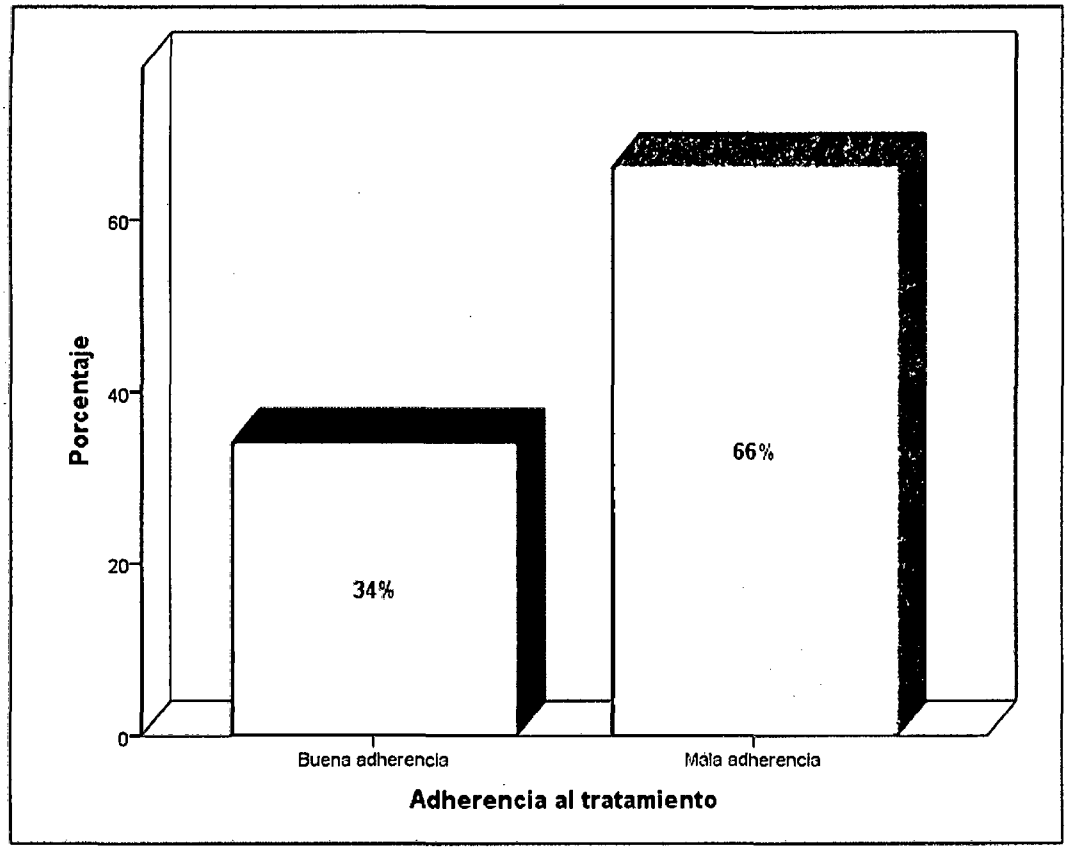


Fuente: Tabla N°9

La gráfica muestra que el 35% de pacientes deprimidos se asocian a enfermedades crónicas como por ejemplo: el 7% se asocia a Hipertensión Arterial, el 23% se asocia a Diabetes Mellitus y el 5% se asocia al VIH – SIDA.

GRÁFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015



Fuente: Tabla N°10

La gráfica muestra que existe 66% de mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.

4.2. DISCUSIÓN

La Tuberculosis Multidrogoresistente es un grave problema de salud pública y existen medicamentos eficaces para combatirla, un programa específico de vigilancia y seguimiento como lo es la estrategia DOTS para manejarla; no se ha logrado disminuir su impacto en la humanidad. Un reto para el control es conseguir que las personas que se diagnostican e inician el tratamiento persistan hasta terminarlo para así lograr niveles óptimos de curación. La adherencia del tratamiento ha sido ampliamente estudiada y se define como el cumplimiento las indicaciones prescritas por el médico tratante.

En el presente estudio de corte transversal con una población de 56 pacientes se encuentra asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento antituberculoso ($p<0,05$), que coincide con el estudio internacional realizado por Pollyanna da Fonseca Silva realizado en Maranhão (Brasil) por el periodo de 2001 al 2010; cuya conclusión fue que la enfermedad mental, incluido la depresión, se encuentra asociado a la falta de adherencia del tratamiento para tuberculosis pulmonar. Este estudio coincide con el estudio tipo casos y controles realizado por Petit y Col. cuya conclusión fue que la falta de adherencia al tratamiento relacionado con la depresión, incrementa cuatro veces más el riesgo de culminación del tratamiento antituberculoso.

Tal como muestra el presente trabajo, existe mayor prevalencia de depresión severa en mujeres adulto mayores, así bien en una revisión de 135 artículos realizado por Argiro Pachi (22) y col el 2013 en que se investigó la depresión como factor asociado a la falta de adherencia de medicamentos en los pacientes que sufren de tuberculosis, coincide con nuestro estudio en el que concluye que la depresión en un complica la adherencia a medicamentos antituberculosos, presentando como la depresión leve en un 37% y la depresión moderada en un 21% los que se asocian a la mala adherencia, siendo el sexo femenino el que cuenta con mayor número de pacientes con depresión; por lo tanto se hace hincapié en la importancia en la atención de la salud mental para garantizar resultados positivos del tratamiento. Los datos obtenidos en el trabajo manifiestan

que existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente 71%.

Además vale resaltar que el grado de instrucción prevaleciente en la población estudiada es secundaria completa con 39% y que la mayor parte de los pacientes pertenecen al estado civil conviviente y a pesar de ello, de tener una familia constituida el 43% de ellos no trabajan.

Un estudio transversal realizado por Georgios Moussas (53) el 2008 donde se evaluó la ansiedad y la depresión en los pacientes con tuberculosis. Para la evaluación de la depresión se usó la escala de depresión de Beck en comparación de nuestro estudio que se utilizó la escala de depresión de Zung. Se concluyó que los pacientes con tuberculosis presentan depresión y ansiedad más baja que las demás enfermedades crónicas como EPOC y Asma Bronquial; esto es explicable por el largo tratamiento e indefinido de estas dos últimas enfermedades; sin embargo, a pesar de que la tuberculosis es una enfermedad con un tratamiento largo que puede durar meses, hasta incluso años, este estudio demostró que los pacientes presentan depresión en los 6 primeros meses en un 32%, mientras que en los últimos meses de tratamiento esta disminuye en 6%.

Por lo tanto coincidimos con el estudio mencionado ya que en nuestro estudio el 30% de pacientes presenta depresión en los 6 primeros meses y se disminuye en los últimos meses de tratamiento al 18%. Así también tenemos 66% de los pacientes que tienen una mala adherencia al tratamiento.

Según muestran los estudios realizados, en tres países de Europa oriental (Estonia, Letonia y la República de Moldova), los pacientes de tuberculosis que estén además infectados por el VIH tienen un riesgo más alto de padecer tuberculosis MDR que los pacientes de tuberculosis no infectados por el VIH. Se han obtenido resultados similares en estudios realizados en Lituania, Ucrania y Mozambique. En el informe se destacan varias razones por las cuales la tuberculosis farmacorresistente puede asociarse al VIH, en particular en algunos países de Europa oriental. Sin embargo, se precisan más investigaciones para

determinar si a escala mundial las epidemias de tuberculosis MDR y de VIH se solapan. (56) Por el contrario en la presente investigación se encuentra una relación del 23% de pacientes deprimidos que se asocian a la Diabetes Mellitus.

CONCLUSIONES

1. La depresión influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015 ($p<0.05$).

2. Existe mayor prevalencia de depresión severa en pacientes mujeres adultas mayores con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. ($p<0.05$).

3. Existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. ($p<0.05$).

4. Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculosos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen secundaria completa. ($p<0.05$).

5. Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, son convivientes. ($p<0.05$).

6. Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no trabajan. ($p<0.05$).

7. Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen de 1 a 6 meses de tratamiento. ($p<0.05$).

8. Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistentes deprimidos severos no adherentes al tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen enfermedades crónicas asociadas. ($p<0.05$).

9. Existe mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015. ($p<0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Se debe cumplir de manera obligatoria las políticas del MINSA en la cual el paciente debe acudir al departamento de Psicología los primeros meses de su tratamiento.

2. Se debe promover la orientación psicológica no solo al paciente con Tuberculosis Multidrogoresistente, sino también a su familia ya que su apoyo hará que el paciente se involucre mejor con su enfermedad y desee una pronta curación, por lo cual hará que el paciente se encuentre de mejor estado de ánimo y pueda adherirse mejor a su tratamiento.

3. Los pacientes deben tener por lo menos una consulta con Psicología mensualmente los 6 primeros meses de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Tuberculosis farmacorresistente: evidence for action. 2012[Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 21 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs/es/

2. Batzordea I. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en patologías crónicas. 2011. (consultado el 5 de enero del 2015); 19(1); Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

3. Culqui D, Grijalva C, Reátegui S, Cajo J, Suárez Luis. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18(1):14 - 20.

4. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2008 [citado el 8 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/

5. Pachi A, ratis D, Tselebis A. Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients. HPC. 2013 Feb.

6. Bonilla A. Situación de la tuberculosis en el Perú: current status. Acta méd. Peruana. 2008 jul-set;.25(3): 163-170.

7. Perú, Ministerio de salud. Situación de Salud 2008 Dirección de Salud IV Lima Este [Internet] Lima: MINSA; 2008 [citado el 6 de febrero del 2015]. Disponible es: http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/oep/InformacionTecnica/DataInformacionTecnica/

8. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2011 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 3 de enero del 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf?ua=1

9. Perú, Ministerio de Salud. Situación de la Tuberculosis en el Perú 2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 4 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/respiravida/archivos/Ayuda_memoria_Lanzamiento_TB.pdf

10. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003[Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 11 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/tb/mdr/tdrfaqs/es/

11. [No authors listed].Impact of neuropharmacology in the 1990s--strategies for the therapy of depressive illness. Task Force of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CINP). Eur Neuropsychopharmacol. 1993;3(2):153.Disponible es: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

12. Nebeker J, Barach P, Matthew HS. Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to Terminology, Documentation, and Reporting. Rev. Ann Intern Med 2004;(140):795-801.

13. World Health Organization. Salud mental y abuso de sustancias. 2004 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 11 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

14. Valencia M. Tesis para optar el Título de Especialista en Neumología. Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5 Arequipa; 2002

15. Awofeso N. Anti-tuberculosis medication side-effects constitute major factor for poor adherence to tuberculosis treatment. Bull World Health Organ. 2008 Mar; 86(3). Disponible es: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647396/

16. Mariella S. Tuberculosis en Perú: cifra baja, pero seguimos liderando ranking [Artículo Periodístico] [Internet] Lima: Peru21; c2014 [citado 4 de enero del 2015]. Disponible en: http://peru21.pe/actualidad/tuberculosis-peru-cifra-baja-seguimos- liderando-ranking-2175444

17. Tacuri M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera Lima; 2009.

18. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? [Internet]. Ginebra: OMS; c2014 [citado el 2 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/08/es/

19. Daniel T. The history of tuberculosis. Rev. Respir Med. 2006;100(11):1862- 70

20. Dye C, Lonnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. Bull World Health Organ 2009; 87(9):683-691

21. Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB 2011-2015: Transforming the Fight-Towards Elimination of Tuberculosis [Internet]. Geneva: stoptb; c2014 [citado el 3 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf

22. Lozano J. Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. OFFARM. 2002; 21(8):102-10.

23. Jave O. La Tuberculosis Multirresistente en el Perú [Internet]. Lima: ForoSalud; c2014 [citado el 5 de enero del 2015]. Disponible es: http://www.forosalud.org.pe/La_tuberculosis_multirresisnete_en_el_Peru.pdf

24. Becerra M, Farmer P. The problem of drug-resistant tuberculosis: an overview. In: Harvard Medical School/Open Society Institute. The global impact of drug-resistant tuberculosis, 1999:3-38.

25. EsSalud, Oficina II de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Boletín Epidemiológico N° 03-2012 [Internet] Lima: EsSalud; c2014 [citado el 5 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/noticias/boletinepidem_2012_3.pdf

26. USA, Southeastern National Tuberculosis Center. Tuberculosis Farmacorresistente: Una Guía Práctica para la Atención Médica del Paciente 2009. [Internet] Florida: SNTC; c2014 [citado el 16 de enero del 2015]. Disponible en: http://sntc.medicine.ufl.edu/Files/drtbspanish/documents/tb_farmacorresistente_guia.pdf

27. Da Fonseca P, Silva G, Mendes A. Factores asociados ao abandono do tratamento da tuberculosis pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010.Cad. Saúde Pública. 2014; 30(8):1745-54.

28. Laporte J, Tognoni G. Principios de Epidemiologia del Medicamento. 2° ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1993: 67-93.

29. Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis, Resolución Ministerial N° 579-2010 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 8 de enero del 2015]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf

30. Terra M, Bertolozzi M. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance?.Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(4):659-64.

31. Perú, Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Tuberculosis, Situación de la Tuberculosis en el Perú, Informe de Gestión 2008 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el 9 de enero del 2015]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1347_MINSA1523.pdf

32. Peralta M, Carbajal P. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008; 17(3):84-88.

33. Cáceres F. Factores de Riesgo para Abandono (No Adherencia) Del Tratamiento Anti-tuberculosis [Tesis de Maestría]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Medicina; 2005.

34. World Health Organization. International drug monitoring: the role of national centers, Report of a WHO Meeting 1972 [Internet]. Geneva: WHO; c2014 [citado el 11 de enero del 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_498.pdf

35. Nathanson E, Gupta R, Huamani P, Leimane V, Pasechnikov A, Tupasi T, et al. Adverse events in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis: results from the DOTS-Plus initiative. Int J Tuberc Lung Dis. 2004; 8(11):1382-4.

36. Palmero D, Cruz V, Museli T, Pavlovsky H, Fernandez J, Waisman J. Reacciones Adversas a Fármacos en Tuberculosis Multirresistente. MEDICINA (Buenos Aires) 2010; 70(5):427-33.

37. Gómez C, Ospina M. Diaz N. Trastornos psiquiátricos: su importancia en el campo de la salud. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogotá: CEJA; 2002, 221-6.

38.Garcia N, Jusser T, Rosete G, Elio M. Tratamiento farmacológico de la depresión mayor/ Drug treatment of major depression. Rev.. Med. Gen Integr; Cuba. 2002; 18(3).

39.National Institute of mental Health. [Página principal en Internet], Depression; 2014. Disponible en: http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtm

40.Tratamiento Ansiedad Depresión. [Página principal del Internet], Test de depresión de Beck. Barcelona; s/e. c2015 [actualizado el 21 de febrero del 2015]. Disponible en: http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html

41.Purriños M. Escala de Hamilton. [Libro electrónico]. Galles: Sociedad Gallega de Medicina Interna; 2008 [Consultado: 10 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf

42.Rozales R. [Página principal de Internet] ¿Tiene Ud. Depresión? Barcelona; 2014 (actualizado noviembre del 2014). (consultado 10 de enero del 2015). Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/index.php

43.García V. Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Golberg. Rev Cubana Med Gen Integr. [Revista Online]. 1999; 15(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.pdf

44.Perú, Ministerio de Salud. La Salud Mental Como Predictor De Adherencia Al Tratamiento Antituberculosis. 2012 [Internet]. Lima: MINSA; c2014 [citado el citado 8 de enero del 2015]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM579-2010-MINSA.pdf

45.Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública. [Revista Online] 2004 [citado el 13 de enero del 2015]; 30(4).

46.Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia. Rev. Acta Med Colomb 2005; 30(4):268-73.

47.Cuba, Salud Vida, Psicología. Adherencia terapéutica y modelos explicativos 2003. [Internet] La Habana: SLD; c2014 [citado el 16 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6071

48.World Health Organization. Adhrence to long_ them therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; c2014 [citado el 11 de enero del 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_498.pdf

49.Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. Revista de Psicología de la Salud 1995; 7(1). 2008

50.Aloise S, Moreira J, Nunes C. Pulmonary tuberculosis treatment regimen recommended by the Brazilian National Ministry of Health: predictors of treatment noncompliance in the city of Porto Alegre, Brazil. Brasieliro de Pneumologia. 2011 Nov- Dic; 37(6).

51.Sahile Nezenega Z, Michael Gacho YH, Ejigu Tafere T. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia. BMC Helath Services Research. 2013 Mar; 13(110).

52.Long Q, Smith H, Zhang T, Tang S, Garner P. Patient medical costs for tuberculosis treatment and impact on adherence in China: a systematic review. BMC Public Health. 2011 May; 11(393).

53.Moussas G. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. BMC. 2008 May; 7(7).

54.Pettit A, Culummins J, Kaltenbach L. Non-adherence and drug-related interruptions are risk factors for delays in completion of treatment for tuberculosis. NIH ,Int J Tuberc Lung. 2013 April; 17(4):486-492.

55. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus M. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Pharmaceutical Care; España 2008; 40(8).

56. Amado JP. Factores de riesgo asociados a multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis sin infecciónpor VIH internados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- Perú. Enfer Tórax. 2008; 52(2):60-68.

ANEXOS

FICHA DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ANEXO A:

1. DATOS GENERALES:

Edad : ☐

Sexo:

Masculino : ☐ Femenino : ☐

Estado Civil:

Soltero : ☐ Casado : ☐ Divorciado : ☐
Conviviente : ☐ Viudo : ☐ Separado : ☐

Grado de Instrucción:

Sin estudios : ☐ Secundaria incompleta : ☐
Primaria completa : ☐ Superior completa : ☐
Primaria incompleta : ☐ Superior incompleta : ☐
Secundaria completa : ☐

Condición laboral:

No trabaja : ☐
Trabajo dependiente (soy mi propio jefe) : ☐
Trabajo independiente (trabajo para una persona o empresa) : ☐

Intervalo de tratamiento:

1 – 6 meses : ☐ 13 a 18 meses : ☐
7 – 12 meses : ☐ ≥ 19 meses : ☐

Enfermedades asociadas:

Hipertensión Arterial : ☐
Diabetes Mellitus : ☐
VIH – SIDA : ☐
Otra (Especifique) : ☐
No padece de otra enfermedad : ☐

2. EVALUACION DE LA DEPRESIÓN:

Responda las siguientes afirmaciones de acuerdo como se siente actualmente.

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento triste y decaído.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

3. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA:

Marque con una X en el recuadro que corresponde:

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI	NO
¿Toma todos los medicamentos indicados?	SI	NO
Cuándo se encuentra mejor ¿Deja de tomar sus medicamentos?	SI	NO
Si alguna vez se siente mal ¿Deja de tomarlos?	SI	NO

ANEXO B: TABLAS

TABLA N° 1

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Tabla cruzada Niveles de depresión*Adherencia al tratamiento

			Adherencia al tratamiento		
			Buena adherencia	Mala adherencia	Total
Niveles de depresión	Depresión Leve (50-59)	Recuento	4	5	9
		% dentro de Niveles de depresión	44,4%	55,6%	100,0%
		% del total	7,1%	8,9%	16,1%
	Depresión Moderada (60-69)	Recuento	14	26	40
		% dentro de Niveles de depresión	35,0%	65,0%	100,0%
		% del total	25,0%	46,4%	71,4%
	Depresión Severa (Mayor o igual a 70)	Recuento	1	6	7
		% dentro de Niveles de depresión	14,3%	85,7%	100,0%
		% del total	1,8%	10,7%	12,5%
Total		Recuento	19	37	56
		% dentro de Niveles de depresión	33,9%	66,1%	100,0%
		% del total	33,9%	66,1%	100,0%

Tabla N° 2

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Tabla cruzada Niveles de depresión*Sexo

			Sexo		
			Masculino	Femenino	Total
Niveles de depresión	Depresión Leve (50-59)	Recuento	7	2	9
		% dentro de Niveles de depresión	77,8%	22,2%	100,0%
		% del total	12,5%	3,6%	16,1%
	Depresión Moderada (60-69)	Recuento	26	14	40
		% dentro de Niveles de depresión	65,0%	35,0%	100,0%
		% del total	46,4%	25,0%	71,4%
	Depresión Severa (Mayor o igual a 70)	Recuento	3	4	7
		% dentro de Niveles de depresión	42,9%	57,1%	100,0%
		% del total	5,4%	7,1%	12,5%
Total		Recuento	36	20	56
		% dentro de Niveles de depresión	64,3%	35,7%	100,0%
		% del total	64,3%	35,7%	100,0%

Tabla N° 3

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Tabla cruzada Edad*Niveles de depresión

			Niveles de depresión			
			Depresión Leve (50-59)	Depresión Moderada (60-69)	Depresión Severa (Mayor o igual a 70)	Total
Edad	Adolescente (12-18años)	Recuento	1	0	1	2
		% dentro de Edad	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% del total	1,8%	0,0%	1,8%	3,6%
	Adulto Joven (19-34años)	Recuento	7	11	2	20
		% dentro de Edad	35,0%	55,0%	10,0%	100,0%
		% del total	12,5%	19,6%	3,6%	35,7%
	Adulto Maduro (35-64años)	Recuento	1	27	1	29
		% dentro de Edad	3,4%	93,1%	3,4%	100,0%
		% del total	1,8%	48,2%	1,8%	51,8%
	Adulto Mayor (igual o mayor a 65 años)	Recuento	0	2	3	5
		% dentro de Edad	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	0,0%	3,6%	5,4%	8,9%
Total		Recuento	9	40	7	56
		% dentro de Edad	16,1%	71,4%	12,5%	100,0%
		% del total	16,1%	71,4%	12,5%	100,0%

Tabla N° 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Niveles de depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Depresión Leve (50-59)	9	16,1	16,1	16,1
Depresión Moderada (60-69)	40	71,4	71,4	87,5
Depresión Severa (Mayor o igual a 70)	7	12,5	12,5	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 5

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	5	8,9	8,9	8,9
Primaria completa	14	25,0	25,0	33,9
Secundaria incompleta	4	7,1	7,1	41,1
Secundaria completa	22	39,3	39,3	80,4
Superior incompleta	7	12,5	12,5	92,9
Superior completa	4	7,1	7,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 6

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	15	26,8	26,8	26,8
Casado	7	12,5	12,5	39,3
Conviviente	20	35,7	35,7	75,0
Viudo	8	14,3	14,3	89,3
Separado	6	10,7	10,7	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Condición de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No trabaja	24	42,9	42,9	42,9
Trabajo dependiente	17	30,4	30,4	73,2
Trabajo independiente	15	26,8	26,8	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 8

DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTERVALO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Tiempo de tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 - 6 meses	17	30,4	30,4	30,4
7 - 12 meses	15	26,8	26,8	57,1
13 - 18 meses	14	25,0	25,0	82,1
Mayor o igual a 19 meses	10	17,9	17,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ENFERMEDAD ASOCIADA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Enfermedades Asociadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HTA	4	7,1	7,1	7,1
Diabetes Mellitus	13	23,2	23,2	30,4
VIH - SIDA	3	5,4	5,4	35,7
No padece otra enfermedad	36	64,3	64,3	100,0
Total	56	100,0	100,0	

Tabla N° 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2015

Adherencia al tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena adherencia	19	33,9	33,9	33,9
Mala adherencia	37	66,1	66,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	



MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicador	Instrumento	Fuente
Principal: ¿Influye la depresión en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis - Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015?	Determinar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H1:** La depresión influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis - Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015 **Ho:** La depresión no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Enero 2014 – Diciembre 2015	**Variable independiente:** Depresión	Grado de tristeza que siente una persona, la cual se mide mediante el Test de Zung. <50 No depresión 50-59 Depresión leve 60-69 Depresión moderada >70 Depresión severa	Test de Zung.	Primaria.
			Variable dependiente : Adherencia al tratamiento antituberculoso	Es el Cumplimiento de las indicaciones con respecto al tratamiento, el cual se mide a través del test de Morisky – Green y califica como: Buena Adherencia y Mala Adherencia	test de Morisky – Green	Primaria.
Secundarios: ¿Cuál es la distribución según edad y sexo en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresiste nte deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Determinar la distribución según edad y sexo en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H1:** Existe mayor prevalencia de depresión en pacientes mujeres adultas mayores con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. **Ho:** No existe mayor prevalencia de depresión en pacientes mujeres adultas mayores con Tuberculosis Multidrogoresistente en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	- Sexo.	Condición orgánica que distingue a las mujeres y varones : Masculino Femenino.	Ficha de recolección de datos	Primaria.
			-Edad.	Tiempo en años que ha vivido la persona: 12 - 18 años 19 - 34 años 35 - 64 años ≥ 65 años	Ficha de recolección de datos	Primaria.

¿Cuál es el nivel de depresión más frecuente de los pacientes con Tuberculosis multidrogoresistente deprimidos del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Determinar el nivel de depresión más frecuente de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015. **H_0:** No existe mayor prevalencia de depresión moderada en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	Depresión	<50 No depresión 50-59 Depresión leve 60-69 Depresión moderada >70 Depresión severa	Test de Zung.	Primaria.
¿Cuál es el grado de instrucción de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Conocer el grado de instrucción de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculosos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen secundaria completa. **H_0:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculosos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen secundaria completa.	Grado de Instrucción.	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal Primaria Completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Superior Incompleta	Ficha de recolección de datos	Primaria.

¿Cuál es el estado civil de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Conocer el estado civil de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, son convivientes. **H_0:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no son convivientes.	Estado civil	Situación determinada por sus relaciones de familia Soltero Conviviente Casado Separado Divorciado Viudo	ficha de recolección de datos	Primaria.
¿Cuál es la condición laboral de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Conocer la condición laboral de los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no trabajan. **H_0:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, si trabajan.	Condición laboral.	Personas que cuentan con una ocupación laboral sea dependiente o independiente	ficha de recolección de datos	Primaria.

¿Cuál es el intervalo de tiempo de tratamiento antituberculoso en que se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015?	Determinar en qué intervalo de tiempo del tratamiento antituberculoso se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen de 1 a 6 meses de tratamiento. **H_0:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento antituberculoso en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen de 1 a 6 meses de tratamiento.	Tiempo de tratamiento	Intervalo de tiempo en el cual se encuentra el paciente en tratamiento antituberculoso - Multidrogoresistente 1– 6 meses 7 – 12 meses 13 – 18 meses ≥ 19 meses	Ficha de recolección de datos	Primaria.
Conocer si existe alguna enfermedad asociada en los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	Conocer si existe alguna enfermedad asociada en los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015.	**H_1:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, tienen enfermedades crónicas asociadas. **H_0:** Los pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos no adherentes al tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – diciembre 2015, no tienen enfermedades crónicas asociadas.	Enfermedad asociada.	Afecciones que coexisten o suceden a otra, así mismo de sus complicaciones o secuelas. No padece de otra enfermedad Hipertensión arterial Diabetes Mellitus VIH	Ficha de recolección de datos	Primaria.

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015?	Determinar el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015.	**H_1:** Existe mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015. **H_0:** No existe mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente deprimidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014 – Diciembre 2015.	Adherencia al tratamiento	Buena Adherencia y Mala Adherencia	Test de Morisky – Green	Primaria.