

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**DIRECCION DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA BAJO LA
MODALIDAD DE RESIDENTADO MEDICO**



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS (TBC) PULMONAR MULTIDROGORESISTENTE (MDR) EN
“EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ- 2017”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRIA

PRESENTADO POR

CORNEJO DEL CARPIO, JOISE

LIMA PERÚ

2019

INDICE

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Formular el problema:	3
1.2 Objetivos.....	4
General:.....	4
Específicos:.....	4
1.3 Justificación del problema:.....	4
1.4 Delimitación del área de estudio	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO	6
2.1 Antecedentes:	6
2.2 Base Teórica:	7
2.3 Definición de conceptos operacionales	22
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	22
3.1 Hipótesis Global:.....	22
3.2 Variables:.....	22
CAPITULO IV METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipos de Estudios:	23
4.2 Método De Investigación:.....	23
4.3 Población y muestra:	23
Criterios de exclusión:.....	24
4.4 Técnica de obtención de datos.....	24
4.5 Técnicas de procedimientos de datos	24
4.6 Resultado de los análisis:	24
CAPITULO V: ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION	25
5.1 Capitales humanos	25
5.2 Recursos materiales	25
5.3 Presupuesto:	25
5.4 Cronograma de actividades	25
VI ANEXOS	29
ANEXO 2: Operacionalización de variables	31
ANEXO 3:.....	32

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno depresivo o sintomatología depresiva en pacientes con tuberculosis ha sido descrito en múltiples oportunidades debido a que los profesionales de la salud priorizan tratar los síntomas somáticos sin efectuar una adecuada valoración del área psicosocial. Existen varios estudios que documentan los diferentes grados de depresión y el soporte social del paciente con tuberculosis, pero la mayoría de los estudios han sido circunscritos dentro de los hospitales y muy pocas son las investigaciones que se realizaron con pacientes ambulatorios. Además se reportan estudios realizados en países tercermundistas que revelan que un aproximado de 45% de los pacientes con tuberculosis sufría de depresión. Por otra parte la tuberculosis multidrogoresistente es un problema que va en aumento, debido a que la mayoría de los casos se debe a una mezcla de faltas médicas y de incumplimiento del tratamiento por parte del paciente en la Tuberculosis susceptible asociada a la estigmatización de la población.

1.1 Formular el problema:

¿Cuál es prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con Tuberculosis Pulmonar(TBC) multidrogoresistente (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz” (HCLLH) Enero 2017 - Diciembre del 2017?

Problema Específico:

- ¿Cuál es la incidencia de trastorno depresivo en los pacientes con TBC pulmonar multidrogoresistente (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”?
- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con TBC Pulmonar (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”, por grupo etario?

- ¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”, por género (masculino, femenino)?
- ¿Cuál es la prevalencia de los diferentes niveles de trastorno depresivo en los pacientes con TBC Pulmonar (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”?

1.2 Objetivos.

General:

Determinar cuál la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes con TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) desde Enero 2017 a diciembre del 2017 en “Hospital Carlos Lan Franco La Hoz”.

Específicos:

- Determinar la incidencia de trastorno depresivo en los pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”.
- Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”, por grupo etario.
- Determinar cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”, por género (masculino, femenino).
- Determinar cuál es la prevalencia de los diferentes niveles de trastorno depresivo en los pacientes con TBC Pulmonar (MDR) en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”.

1.3 Justificación del problema:

El presente trabajo de investigación se realiza para predecir si las variables psicológicas servirían como detectores de abandonos o irregularidades en la medicación antituberculosa, previniendo que los familiares corran el riesgo de sufrir contagio, y que luego de esto se podría brindar atención psicológica disminuyendo el riesgo de que acreciente la sintomatología depresiva que acompaña a esta enfermedad.²

Bajo este enfoque práctico toda la información obtenida posibilitara contar con estrategias para la detección y la intervención temprana en trastornos depresivos en pacientes con tuberculosis.²

1.4 Delimitación del área de estudio

Lugar: “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”.

Periodo: enero 2017- diciembre 2017

Población: Pacientes con tuberculosis multidrogoresistente.

1.5 Limitaciones de la investigación

Riesgo de contagio de tuberculosis del entrevistador.

Historia clínica incompleta

Historia Clínica con error de registro de datos

Escasos recursos humanos para la entrevista con el paciente.

Tiempo de espera de entrevista limitado.

Pacientes que no colaboran en la entrevista.

Pocos pacientes para ser entrevistados.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes:

En correlación a las investigaciones, se realizaron trabajos descriptivos que explicaron y evaluaron la personalidad a través de test de psicología aplicados a pacientes en hospitalización y con patologías crónicas, entre los cuales encontramos los siguientes:

En un estudio realizado por Acevedo en 1954 asevera que la tuberculosis se acrecienta por problemas emocionales en personas con trastornos psicológicos que padecían antes de infectarse.

Accineli y León Barúa (1981) observaron que hubo relación entre la tuberculosis pulmonar y el trastorno depresivo de 42 pacientes con la enfermedad y 42 pacientes con otras enfermedades físicas. Para este estudio utilizó una lista de registro de los síntomas depresivos, resultando que los pacientes con TBC tienen niveles significativamente más altos en las dimensiones de ansiedad y somatización. Concluye además que estos pacientes tienen mayor predisposición a manifestar trastorno depresivo en comparación a portadores de otras enfermedades crónicas, así como riesgo inminente en el abandono del tratamiento. ³

Iwashita Nishida A. efectuó en 1998 un estudio donde participaron 200 varones y 100 mujeres diagnosticados con tuberculosis tanto pacientes nuevos o que tuvieron una recaída o abandonaron el tratamiento, determinando si hubo influencia de las variables sicosociales en estos enfermos encontrando indicadores significativos entre las variables psicológicas y la interacción familiar y Trastorno depresivo de la siguiente manera: depresión moderada (44%) severa (28%) leve (26%). ⁸

Existe relación entre la depresión, la ansiedad comorbilidad y la discapacidad en pacientes con tuberculosis y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas: aplicabilidad de GHQ-12. Nuestro objetivo fue estudiar la ansiedad y / o depresión comorbilidad y la influencia de éstas condiciones comórbidas sobre la discapacidad

para 3 grupos clínicos de tuberculosis pulmonar y crónica enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC).⁹

Chinouya refiere que el vínculo entre el VIH y la tuberculosis agravó las experiencias de estigma que condujeron a la depresión y comprometieron la confidencialidad del VIH. ¹⁰

Kehbila encontró que existe una alta prevalencia de depresión entre los pacientes con tuberculosis pulmonar, con más de uno de cada dos pacientes afectados. El cuidado multidisciplinario para los pacientes de tuberculosis que involucran a profesionales de la salud mental es altamente alentado, especialmente para los grupos de alto riesgo.¹¹

Ambaw refiere que la depresión aparece muy prevalente en las personas con TB y PHQ-9 parece ser un instrumento útil para detectar la depresión en el contexto de la TB. La frecuencia de la sintomatología depresiva sugeriría la aparición de síntomas en las personas con TB está en la manifestación habitual del trastorno.¹²

Shen encontró pacientes con diagnóstico de TB adquieren un riesgo alto de desarrollar depresión haciendo la comparación con los de la población general. Se debe prestar más atención a este grupo de personas para poder que se les dé un soporte adecuado. ¹³

2.2 Base Teórica:

Tuberculosis multidrogoresistente: La tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte atribuida a un solo microorganismo en todo el mundo. Sin combatir la resistencia a los antimicrobianos en *Mycobacterium tuberculosis*, el microorganismo causante de esta enfermedad, lograr los objetivos de la estrategia de lucha contra el TB de la OMS no será posible. Destacaron recientemente que la resistencia a los antimicrobianos representan amenaza y el crecimiento económico en todo el mundo y que el fomento de la investigación y el desarrollo contra la tuberculosis, entre otros patógenos y enfermedades, debería ser una prioridad internacional.²²

Entre 2009 y 2016, el número de pacientes identificados con TB multirresistente (MDR-TB), definida por la resistencia de *M. tuberculosis* contra al menos rifampicina e isoniazida, aumentó anualmente en más del 20%). Los números estimados de MDR-TB aumentaron en el mismo período de 250 000 a 490 000, en parte también debido a las mejoras en los diagnósticos rápidos y las pruebas de susceptibilidad a fármacos moleculares o fenotípicas (DST). En 2016, se identificaron 8014 pacientes en 72 países con TB resistente a los medicamentos (XDR-TB), definidos como MDR-TB con a fluoroquinolona además a amikacina, capreomicina o kanamicina. El número real de pacientes con XDR-TB es probablemente mucho mayor.²²

Solo el 54% de los pacientes con MDR-TB y el 30% de los pacientes con XDR-TB completaron el tratamiento con éxito de acuerdo con el último informe de la OMS3; probablemente menos se curaron realmente según las definiciones de la OMS. Las tasas de mortalidad por MDR-TB y XDR-TB son 16% y 28%, respectivamente, pero las tasas reales son probablemente el doble de estas estimaciones, si se toma en cuenta la mortalidad en las personas perdidas durante el seguimiento. Algunos pacientes con falla en el tratamiento de M / XDR-TB pueden sobrevivir durante muchos meses y presentar una amenaza continua de transmisión de *M. tuberculosis* resistente a los medicamentos.²²

A pesar de estas cifras sombrías, se han reportado mejoras dramáticas en los resultados del tratamiento para M / XDR-TB, donde existen recursos para nuevos diagnósticos y medicamentos disponibles para individualizar los regímenes de tratamiento. Aquí presentamos una discusión basada en la evidencia de varios aspectos clave de la tuberculosis farmacorresistente, y ofrece una visión general de diagnósticos y estrategias de tratamiento novedosas que ofrecen una esperanza prometedora de que la M / XDR-TB es curable.²²

EPIDEMIOLOGIA:

Anualmente, la OMS estima que de los aproximadamente 600 000 casos de MDR-TB o TB con rifampicina (RR-TB) emergentes, solo se detecta y notifica una cuarta parte. Las evaluaciones que se basan en la prevalencia de la enfermedad sugieren

un 16% y un 80% mayor frecuencia entre pacientes con MDR - TB estimados y notificados. Entre 2015 y 2016, el número de MDR / RR - TB reportados aumentó en más del 30% en 9 de los 30 países con alta carga de MDR - TB. La distribución geográfica es muy variable, y consta de varios puntos en países de ingresos bajos y medios, desde Europa del Este hasta Asia. En 2016, la mayor cantidad de MDR / RR-TB se notificó en la Región de Europa, seguida de Asia Suroriental. En la región del Pacífico Occidental, 21 252 casos de MDR / RR-TB fueron notificados.

22

PERSPECTIVAS SOCIALES.

La presión de selección debida al uso clínico inadecuado de los medicamentos antituberculosos explica el surgimiento inicial de la resistencia farmacológica, sin embargo, los datos epidemiológicos moleculares más recientes sugieren que la transmisión continua de cepas MDR y XDR es el modo de propagación dominante en muchos países endémicos. Como las enfermedades clínicas solo representan una pequeña fracción del total de infecciones, la reactivación endógena de un grupo latente de infecciones mucho más grande seguirá generando más fuentes infecciosas resistentes a los medicamentos en las próximas décadas.²²

La epidemia de tuberculosis en la historia humana reciente se produjo en estrecha asociación temporal con la rápida industrialización, la urbanización, la pobreza, la mala nutrición y las malas condiciones de vida. Estos determinantes sociales están asociados con múltiples factores de riesgo posteriores, que afectan no solo el riesgo de TB, sino también el acceso y la adherencia a un tratamiento adecuado, lo que a menudo conduce al fracaso programático que genera la resistencia a los medicamentos.¹⁶ Si bien las intervenciones en muchos de estos determinantes sociales anteriores requieren fuertes compromisos gubernamentales, colaboración internacional y desarrollo económico sostenible, junto con la colaboración entre programas sobre TB, VIH, tabaquismo y Se espera que la diabetes mellitus funcione de igual manera para la TB sensible a las drogas y resistente a las drogas.

22

Perspectiva de salud pública

El control administrativo en la fuente sigue siendo la forma más rentable de controlar la propagación de una infección transmitida por el aire como la TB en entornos de atención de salud. En los primeros estudios con conejillos de indias²⁵, el riesgo de transmisión disminuyó rápidamente después de iniciar un tratamiento efectivo. Dado que es improbable que el régimen de curso corto estándar sea adecuado para controlar la infectividad de la TB M / XDR, la detección rápida de la resistencia del fármaco es crucial para controlar su transmisión. De manera similar, es aconsejable una segregación adecuada de los pacientes con TB con diferentes perfiles resistentes a los medicamentos para evitar la sobreinfección con más cepas resistentes a los medicamentos. Las medidas de ingeniería pueden estar limitadas por el diseño del edificio y la eficacia en función del costo. La ventilación actúa diluyendo el aire y puede que no elimine las gotitas en el aire rápidamente de una fuente de emisión continua. Las mascarillas quirúrgicas en pacientes con M / XDR-TB reducen significativamente la transmisión, pero los dispositivos de protección personal como las mascarillas N95 no son adecuados para el uso de personas expuestas las 24 horas. La atención basada en la comunidad reduce el riesgo nosocomial al evitar la agregación de infecciones infecciosas Fuentes y su mezcla con contactos vulnerables.²²

DIAGNÓSTICO

En los últimos años, la implementación programática de pruebas moleculares en todo el mundo ha reducido drásticamente el tiempo para el diagnóstico de TB²⁷⁻³⁰. Estas pruebas se pueden aplicar a varias muestras biológicas (esputo, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, orina, sangre, heces). Las pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT) también permiten la predicción de resistencia a medicamentos importantes de primera y segunda línea sobre la base de mutaciones que confieren resistencia. Sin embargo, la mayoría de las pruebas disponibles en el mercado se restringen a Solo objetivos de drogas, pero no son óptimos cuando es necesario componer regímenes de tratamiento individualizados.

REGIMENES DE TRATAMIENTO:

Regímenes basados en bedaquilina o delamanida: Los resultados de dos estudios de actividad bactericida temprana (EBA) proporcionaron evidencia de que los compuestos antituberculosos recientemente desarrollados bedaquilina⁷¹ y delamanid⁷² tienen actividad antimicobacteriana en humanos. Posteriormente, los resultados de un ensayo clínico de fase 2 (b) con regímenes de MDR-TB de columna vertebral optimizados y bedaquilina o placebo documentaron tasas de curación significativamente más altas sin recaída en el brazo de bedaquilina (58% frente a 32% en el brazo de placebo). Usando regímenes hechos a medida basados en la DST integral, los pacientes que recibieron regímenes de tratamiento basados en bedaquilina experimentaron conversión de cultivo de esputo a los 6 meses de tratamiento en 96% (25 pacientes) ⁷⁴ y 100% (20 pacientes) ⁷⁵ de los casos. Los resultados de un análisis retrospectivo de cohorte multicéntrico documentaron la conversión del cultivo de esputo al final de la terapia en el 91.8% de los 428 pacientes con MDR-TB tratados con regímenes basados en bedaquilina. Resultados preliminares de un estudio grande de fase 3 que comparó regímenes de columna vertebral optimizados con delamanid o placebo en la Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Pulmonares en Guadalajara, México, en octubre de 2017 no fueron concluyentes, ya que mostraron altas tasas de curación entre 76% y 78% en ambos brazos del estudio. ²²

Drogas reutilizada: Agregar linezolid a un régimen de fondo dio como resultado una conversión de cultivo a los 4 meses en 15 (79%) de 19 pacientes con XDR-TB que fracasaron en el tratamiento previo. En otro ECA, agregar linezolid a un régimen individualizado de 2 años condujo a una conversión más temprana del cultivo y el índice de éxito del tratamiento aumentó de 34.4 a 69.7%. Se encontró un riesgo de toxicidad mitocondrial con concentraciones mínimas de linezolid, lo que sugiere la posibilidad de una mejor tolerancia para la dosificación intermitente. ²²

Los metanálisis de los estudios observacionales no mostraron una contribución constante de la clofazimina en el tratamiento de la M / XDR-TB. Sin embargo, no se pudo excluir la confusión por indicación ya que la clofazimina se usó a menudo en situaciones con menos opciones alternativas. En el único ECA disponible, la adición de clofazimina condujo a una conversión más temprana del cultivo y al

cierre de la cavidad en MDR-TB, y aumentó la tasa de éxito del tratamiento de 53.8 a 73.6% . Amoxicillin / clavulanate no ha demostrado ser eficaz contra M / XDR-TB en estudios observacionales, mientras que los datos preliminares sugieren un papel potencial de las combinaciones de carbapenem / clavulanato. ²²

Nuevas combinaciones de medicamentos, ensayos en curso

De manera alentadora, se han iniciado una serie de ensayos clínicos para abordar preguntas sobre el régimen óptimo y la duración del tratamiento, y los umbrales mínimos de los medicamentos necesarios para un tratamiento eficaz de la MDR y la XDR-TB. DST, prueba de susceptibilidad a fármacos; E, etambutol; UE / EEE, Unión Europea / Espacio Económico Europeo; FQ, fluoroquinolonas; MDR-TB, tuberculosis multirresistente; SLID, inyectables de segunda línea; TB, tuberculosis; TBNET, Grupo Europeo de Ensayos de Tuberculosis; OMS, Organización Mundial de la Salud; Z, pirazinamida. ²²

PROGRAMA GAMAS Y NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN

Los mecanismos que conducen a la resistencia a los medicamentos en M. tuberculosis son los mismos que para otros microorganismos, y siguen los principios de evolución que es la variación genética (que siempre ocurre) y la selección de cepas según los determinantes específicos de la exposición. De hecho, la aplicación de regímenes de tratamiento estandarizados durante muchos años a poblaciones de micobacterias con grados variables de resistencia a los antibióticos ha llevado a la selección de mutantes resistentes a los medicamentos. En consecuencia, y a pesar de la disponibilidad de medicamentos más nuevos, una vez más, después de seis décadas, nos encontramos en una era con una amenaza constante de TB programable incurable. ²²

Trastorno depresivo:

Definición: Los trastornos depresivos se caracterizan por una vulnerabilidad de por vida a episodios de enfermedad, que involucran estado de ánimo depresivo o pérdida de interés y placer en las actividades. Las personas pueden demostrar un

potencial continuo para el ciclo del estado de ánimo desde la eutimia hasta la depresión y la recuperación y a veces a la hipomanía o la manía.²⁰

En la mayoría de las definiciones de depresión, se hace una distinción entre un estado de abatimiento, tristeza o infelicidad, que puede ser de duración breve y un síndrome clínico caracterizado por la tristeza persistente, el desaliento profundo, o la desesperación que persiste dos semanas o más y se asocia con un cambio de funcionamiento previo. Este síndrome clínico implica invariablemente alteraciones en el estado de ánimo experimentadas por un individuo como un sentimiento de tristeza, irritabilidad, abatimiento, desesperación o pérdida de interés o placer.²⁰

Signos neurovegetativos o biológicos asociados de la depresión incluyen deterioro en el sueño, el apetito, el nivel de energía, la libido y actividad psicomotora.²⁰

Manifestaciones cognitivas de los depresivos: El síndrome incluye distorsiones sobre uno mismo, la experiencia de uno en el mundo y el futuro, acompañados de la culpa y la indecisión. Estos síntomas centrales de la depresión son evidentes en niños o adolescentes, aunque el ánimo depresivo se manifiesta por irritabilidad o retirada social. Los adultos mayores pueden mostrar una preponderancia de preocupación somática y memoria.²⁰

Fenómenos suicidas: Nuestras definiciones actuales enfatizan la ideación suicida con pensamientos de muerte e intentos de suicidio como criterio cardinal. El suicidio es la característica del trastorno depresivo que plantea un riesgo sustancial de mortalidad en la enfermedad. Prevención del suicidio, más que cualquier otro objetivo de tratamiento y requiere intervención inmediata y puede requerir hospitalización. El riesgo de suicidio completado subsiguiente para un individuo hospitalizado por un episodio depresión grave se estima en un 15%.²⁰

Epidemiología

Prevalencia e incidencia: En todos los estudios epidemiológicos, es un trastorno psiquiátrico común. El riesgo de por vida según la Asociación Psiquiátrica (2000) varían del 10-25% para el sexo femenino y del 5-12% para el sexo masculino. La depresión para las personas adultas han variado de 5 a 9% para las mujeres y del 2 al 3% para hombres.²⁰

Mientras que las tasas de incidencia de trastorno depresivo en niños y niñas pre púberes son iguales, las mujeres a lo largo de su vida son de dos a tres veces más probabilidades de tenerla después de la pubertad. ²⁰

Diagnóstico:

Criterios diagnósticos DSM V: ²⁰

Cinco (o más) de los siguientes síntomas

A. Si han estado presentes durante 15 días y constituyen un cambio de actividad previa al menos en alguno de los síntomas depresión del ánimo o disminución de interés por la cosas.

- (1) La mayor parte del día se encuentran con el estado de ánimo deprimido así lo indica un informe subjetivo. En menores de 17 años haber irritabilidad del humor.
- (2) El interés o el placer en las actividades desarrolladas durante el día y todos los días pierden interés sea a través de un informe subjetivo o la observación realizada por otros.
- (3) Pérdida o aumento de peso significativo así como el apetito.
- (4) Insomnio o hipersomnia constantemente.
- (5) Comportamientos de agitación o retraso psicomotor permanente observado por otros.
- (6) Pérdida de energía o fatiga en forma permanente.
- (7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva (no solo auto-enfoque o culpa por estar enfermo).
- (8) Poca capacidad para la concentración, indecisión constante.
- (9) Pensamientos relacionados a muerte, idea suicida persistente sin plan especificado, intento de suicidio o un plan para suicidarse.

B. Si la sintomatología no se basa en criterios para un ep. mixto.

C. Si la sintomatología genera malestar o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes.

D. Si la sintomatología no se debe a algún efecto de tipo fisiológico generado por sustancias (drogas o fármacos), por condición clínica (hipotiroidismo).

Si estos síntomas permanecen por más de 8 semanas o está presente un marcado deterioro funcional, preocupación por sentirse inútil la ideación suicida, sintomatología psicótica o retraso en el área psicomotora. ²⁰

Agentes de riesgo:

Según un panel sobre pautas, se enumeró 10 elementos de riesgo primarios para la depresión: ²⁰

1. Historia de episodios previos de depresión.
2. Antecedentes familiares de trastorno depresivo, especialmente en familiares de primer grado.
3. Historia de intentos de suicidio.
4. Género femenino.
5. Edad de inicio antes de los 40 años.
6. Período posparto.
7. Enfermedad médica comórbida.
8. Ausencia de apoyo social.
9. Eventos negativos, estresantes de la vida.
10. Abuso activo de alcohol o sustancias.

Etiología y fisiopatología

Los trastornos depresivos son frecuentes y recurrentes, y asociados con disfunción psicosocial sustancial, así como exceso de morbilidad y mortalidad. Mayor comprensión del subyacente. ²⁰

Integración de la genética y teorías ambientales: Agrupa a familia de grado directo de consanguinidad, sin embargo, no aborda si la agregación familiar puede ser debida a factores genéticos o familiares, factores medioambientales. Todos los intentos de desarrollo etiológico integrado han identificado múltiples riesgos psicosociales: género femenino, apoyo social limitado, rasgos de personalidad dependientes, autocríticos y neuróticos.²⁰

Teorías neurobiológicas: La compleja interrelación e interdependencia del neuroquímico, sistemas que involucran neurotransmisores críticos, regulación sináptica, mediación y modulación de las células nerviosas, neuropéptidos y los sistemas neuroendocrinos son poco conocidos. En el pasado Cuatro décadas, se han centrado las exploraciones de estos mecanismos sobre hipótesis más simples derivadas de observaciones clínicas de efectos de las drogas. La interacción de estos sistemas múltiples ha sido difícil de investigar en el laboratorio.²⁰

Estudios recientes que desafían el paradigma más simple del déficit de catecolamina o el exceso en la depresión tienen enfocado en modulación neurotransmisora de la regulación de las células nerviosas, así como efectos de los sistemas neurotransmisores en la sensibilidad del receptor. Estudios adicionales muestran que los pacientes con depresión, así como aquellos se ha informado que los que han muerto por suicidio tienen niveles más bajos de transportador de serotonina (SERT) que en los sujetos de control (Owen y Nemeroff, 1998). Como la farmacología de los neurotransmisores y los receptores se explican con más detalle, los cambios en los receptores que conducen a efectos en los sistemas de segundo mensajero y la generación de nuevas proteínas que afectan la expresión génica serán el foco de Neurobiología del trastorno depresivo.²⁰

Teorías psicosociales

La teoría psicoanalítica postulada por Freud y Abraham destacó la conexión entre el luto y la melancolía en donde el paciente melancólico experimenta una pérdida de autoestima con impotencia asociada, culpa prominente y auto inmigración. De acuerdo con la teoría, esto resulta de forma interna cólera dirigida que o agresión se volvió contra el yo, conduciendo a una experiencia depresiva. Los auto-psicólogos han descrito los efectos de la pérdida y el trauma en el desarrollo de un coherente sentido de sí mismo.²⁰

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

La detección de depresión tanto en entornos de atención primaria como Los entornos de salud mental requiere la presencia de trastornos del estado de ánimo o pérdida de interés y placer en actividades por 2 semanas o más acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión.²⁰

Hay problemas en el diagnóstico diferencial porque en los depresivos las experiencias varían de individuo a individuo. A veces se llama depresión unipolar o recurrente unipolar.²⁰

El trastorno distímico: caracterizado por un periodo de 2 años con ánimo depresivo acompañado de 2 o 3 características depresivas sin lograr los criterios una depresión mayor.²⁰

Trastorno de adaptación con depresión estado anímico: Incluyen disfunción, trastorno premenstrual, depresión menor, trastorno depresivo post psicótico que ocurre durante la fase residual de la esquizofrenia.²⁰

Los síntomas centrales que comprenden un episodio depresivo mayor están ilustrados en los criterios del DSM-IV. Cada síntoma es crítico.²⁰

Evaluar en un paciente con sintomatología depresiva ya que cada uno representa una de las características esenciales de un episodio depresivo mayor. Su persistencia durante gran parte del día, casi todos los días durante al menos 2 semanas, es el criterio de diagnóstico. La clínica se asocia con un sufrimiento psicológico significativo o deterioro en el funcionamiento psicosocial o laboral. La observación clínica del estado de ánimo revela variaciones en presentación. Un individuo puede tener sintomatología deprimida y experimentar la tristeza típica. Otro individuo puede negar tristeza y agitación interna de la experiencia y disforia. Otro individuo con depresión puede experimentar ningún sentimiento en absoluto, y el estado de ánimo depresivo se infiere a partir del grado psicológico.²⁰

Gravedad

La calificación de gravedad se basa en un juicio clínico del número de los criterios presentes, la severidad de los síntomas y la angustia funcional. La severidad está

clasificada como leve, moderado, severo sin características psicóticas, grave con características psicóticas, en remisión parcial o total. ²⁰

La definición de “leve” se refiere a los resultados de un episodio con deterioro leve en el funcionamiento ocupacional o psicosocial o leve discapacidad. ²⁰

"Moderado" implica un nivel de severidad que es intermedio entre leve y severo y se asocia con deterioro moderado en el funcionamiento psicosocial. ²⁰

La definición de "grave" describe un episodio que presenta varios síntomas por encima de los requeridos para hacer un diagnóstico de mayor episodio depresivo y se asocia con un marcado deterioro en funcionamiento ocupacional o psicosocial y discapacidad definitiva. Se caracteriza por la incapacidad para trabajar o realizar actividades sociales básicas funciones Grave con rasgos psicóticos indica la presencia de delirios o alucinaciones que ocurren en el contexto del episodio depresivo mayor. ²⁰

Farmacoterapia

Los medicamentos antidepresivos se han agrupado de la siguiente manera:

a. Eficacia de los medicamentos antidepresivos.

1. ISRS (“inhibidores de recaptación de serotonina”).

Actualmente disponibles en el mercado. Un gran cuerpo de literatura apoya la superioridad de los ISRS en comparación con el placebo en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En más de 10 revisiones sistemáticas y metaanálisis, la efectividad de los ISRS se comparó con la de otros medicamentos antidepresivos, principalmente los Antidepresivos tricíclicos (ATC). ²⁰

2. Inhibidores de la recaptación de norepinefrina serotonina. Actualmente están disponibles venlafaxina, desvenlafaxina (la principal metabolito de venlafaxina), y duloxetina. Hay disponible una forma inmediata de liberación de venlafaxina, pero la mayoría de los clínicos. ²⁰

Prefiera la formulación de liberación prolongada porque está aprobada para dosis una vez al día y puede asociarse con menos frecuencia con los síntomas de abstinencia informados. Cada uno de estos medicamentos es eficaz (es decir,

superior a placebo en estudios controlados y metanálisis) y venlafaxina (75–150 mg / día) y duloxetina (60 mg / día) mostraron una eficacia comparable en un par de ensayos. Para la venlafaxina y quizás la desvenlafaxina, la inhibición de la recaptación de norepinefrina clínicamente significativa puede no se puede lograr para el paciente promedio a dosis terapéuticas más bajas, aunque la desvenlafaxina tiene una dosis mucho mayor y biodisponibilidad, resultando en una menor dosis efectiva.²⁰

3. Otros medicamentos antidepresivos.

Un número de otros medicamentos antidepresivos difieren estructuralmente o en su acción farmacológica de los medicamento en las categorías recién descritas y se incluyen aquí.²⁰

Aunque el bupropión está clasificado como un inhibidor de la recaptación de dopamina y norepinefrina, el último efecto es relativamente débil y su mecanismo de acción sigue sin estar claro. Existen tres formulaciones de bupropión: liberación inmediata, liberación sostenida y liberación prolongada.²⁰

Bupropion es distinto de la mayoría de los antidepresivos en no tener una indicación para el tratamiento de cualquier trastorno de ansiedad, y puede ser menos tolerado que Otros antidepresivos entre los pacientes con importantes ansiedad. Además, un metaanálisis mostró que los ISRS fueron modestamente superiores al bupropión en un subconjunto de pacientes con trastorno depresivo mayor y ansiedad.²⁰

La mirtazapina funciona a través de mecanismos noradrenérgicos y serotoninérgicos, aunque este tetracíclico el compuesto no es un inhibidor de la recaptación. Mirtazapina tiene una eficacia comparable a los ISRS.²⁰

La trazodona es el medicamento más antiguo de este grupo que todavía está en uso amplio Aunque la trazodona es un eficaz antidepresivo, en relación con el placebo, en la práctica contemporánea es mucho más probable que se use en dosis más bajas como sedante-hipnótico que como antidepresivo. A pesar del uso generalizado de la trazodona como hipnótico, pocos datos apoyan su uso para esta indicación.²⁰

La nefazodona tiene una estructura análoga a la trazodona pero propiedades farmacológicas algo diferentes. En ensayos comparativos versus ISRS, la nefazodona mostró una eficacia y una tolerabilidad general comparables.²⁰

4. Los antidepresivos tricíclicos. (amitriptilina, nortriptilina la protriptilina, la imipramina, la desipramina, la doxepina y la trimipramina son tratamientos eficaces para los trastornos depresivos mayores y tienen una eficacia comparable a otras clases de antidepresivos, incluidos los SSRI, los SNRI y los IMAO. La eficacia de las subclases de tricíclicos (por ejemplo, amins secundarias o amins terciarias) parece ser comparable. Los ATC pueden ser particularmente efectivos en ciertas poblaciones, como en pacientes hospitalizados.²⁰

5. Inhibidores de la monoaminoxidasa: Los IMAO utilizados actualmente como antidepresivos incluyen fenelzina, tranilcipromina, isocarboxazida, moclobemida y La formulación de selegilina entregada por vía transdérmica, tienen una eficacia comparable a otros antidepresivos para pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor y puede ser apropiado para pacientes con trastorno depresivo mayor que no han respondido a un tratamiento más seguro y más fácil Tratamientos utilizados. De hecho, el papel de los IMAO en el trastorno depresivo mayor ahora está casi exclusivamente reservado para pacientes que no han respondido a al menos varias otras farmacoterapias. Los estudios han demostrado la efectividad de los IMAO en pacientes que no han respondido a otros medicamentos antidepresivos, en particular los ATC. Sin embargo, la efectividad de los IMAO en relación con otras estrategias para pacientes resistentes al tratamiento demostrado ser particularmente eficaces en el tratamiento de pacientes deprimidos con características atípicas, por lo que los psiquiatras deberían considerar el uso de estos medicamentos para pacientes con síntomas como estados de ánimo reactivos, síntomas neurovegetativos inversos y sensibilidad al rechazo .²⁰

3. Otras terapias somáticas.

a. Terapia electroconvulsiva: tiene las tasas más altas de respuesta y remisión de cualquier forma de tratamiento antidepresivo, con 70% –90% de los tratados que mostraron mejoría, aunque la tasa de remisión con ECT parece ser más baja cuando se usa en entornos comunitarios que cuando se usa utiliza en ensayos

clínicos, la proporción de pacientes con trastorno depresivo mayor que responde a la TEC es todavía Mayor a la proporción que responden al antidepresivo.²⁰

Por tanto, debe estar considerado para pacientes con trastorno depresivo grave que no responde a Intervenciones psicoterapéuticas y / o farmacológicas, particularmente aquellos con deterioro funcional significativo que no han respondido a numerosos ensayos de medicación. La terapia electroconvulsiva puede ser particularmente beneficiosa y puede considerarse como una opción de tratamiento de primera línea para el trastorno depresivo grave cuando se combina con características psicóticas, catatonía, riesgo de suicidio, negativa a ingestión de alimentos, así como en otras situaciones en las que es particularmente rápido que se tenga una respuesta antidepresiva.²⁰

También indicado como tratamiento de primera línea para pacientes que previamente han mostrado una respuesta positiva a esta modalidad de tratamiento.²⁰

B. estimulación magnética transcraneal: (TMS) utiliza un sistema específico de bobina magnética para generar campos magnéticos de intensidad de imagen de resonancia magnética alternando rápidamente y producir electricidad y estimulación de las neuronas corticales superficiales, fue aprobado por la FDA en 2008 para uso en individuos con trastorno depresivo mayor que no hayan tenido una respuesta.²⁰

c. Estimulación del nervio vago: La estimulación del nervio vago está aprobada para su uso en pacientes con depresión resistente al tratamiento sobre la base de su beneficio potencial con el tratamiento a largo plazo. No hay indicaciones para el uso de VNS en el tratamiento de fase aguda de depresión, ya que los datos no mostraron evidencia de eficacia aguda.²⁰

4. Psicoterapia

Ha habido una considerable investigación sobre el tiempo limitado de psicoterapia para el trastorno depresivo mayor, aunque el número de estudios es menor que para las farmacoterapias. La mayoría de las investigaciones se han centrado en individuos, en persona el tratamiento ambulatorio, en parte basado en las necesidades y limitaciones de los métodos de investigación.²⁰

Cuando la psicoterapia es parte del plan de tratamiento, debe integrarse con el manejo psiquiátrico y se administra en un entorno ambulatorio, de las principales líneas terapéuticas la TCC ha demostrado beneficios duraderos en el mantenimiento de la remisión. Estos tratamientos de tiempo limitado son esencialmente equipotentes con medicamentos antidepresivos para pacientes ambulatorios con depresión aguda leve a moderada, pero probablemente debe usarse junto con medicamentos. Para el trastorno depresivo mayor grave o melancólico.²⁰

2.3 Definición de conceptos operacionales

Tuberculosis multidrogo resistente: Se define así a la enfermedad de TBC resistente a Isoniacida más rifampicina, c/s presencia de resistencia a medicamentos de 1º línea.¹⁵

Trastorno depresivo: Trastorno mental caracteriza por presencia de síntomas como la tristeza, anhedonia, alteración en el sueño-apetito, alteración en la concentración.¹⁷

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas de población que presenta una determinada característica en un período determinado.²¹

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis Global:

- Ninguna

3.2 Variables:

1. Trastorno depresivo: Trastorno mental caracteriza por presencia de síntomas como la tristeza, anhedonia, culpa o ausencia de autoestima, alteración de sueño-apetito, falta en la concentración. Puede llegar a la

cronicidad y dificultar el desempeño en el trabajo así como la capacidad para afrontar la vida diaria.¹⁷

2. Edad: Tiempo transcurrido de una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento a la actualidad.²¹
3. Sexo: El sexo es de materia biológica e incluye la genética, hormonas y partes del cuerpo, como los órganos reproductivos y sexuales. (Masculino y femenino)²¹
4. Grado de depresión: grados de la depresión para catalogar el trastorno depresivo en tres: leve, moderado y severo.¹⁷

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 Tipos de Estudios:

Según intervención del investigador: observacional

Según grupo analizado: descriptivo.

Según la perspectiva es un estudio cuantitativo.

Por el momento de obtención de datos: prospectivo

Por la direccionalidad: Transversal.

4.2 Método De Investigación:

Deductivo, ya que las terminaciones son el resultado de las premisas: si estas son verdaderas, el razonamiento deductivo tiene validez.

4.3 Población y muestra:

Pacientes con TBC pulmonar multidrogoresistente que vienen atendándose en el “Hospital Carlos Lan franco La Hoz”. Ingresaran al estudio todos los pacientes con diagnóstico de TBC MDR. Cuyos criterios de selección son:

Criterios de inclusión:

- Hoja de referencia con diagnóstico de TBC MDR.
- Mayores de 15 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten ser entrevistados.

4.4 Técnica de obtención de datos

1. Tipo Encuesta (Test de Depresión PHQ 9), que ha sido validada a nivel nacional e internacional.
2. Diagnostico hecho por el profesional Psiquiatra.

4.5 Técnicas de procedimientos de datos

Mediante elaboración de base de datos en Excel..

4.6 Resultado de los análisis:

Se hará en base a análisis descriptivo de las variables, calculando la medida de dispersión y de tendencia central de las variables cuantitativas.

También habrá que realizar análisis de variables cualitativas para realizar cómputo y su respectivo porcentaje, además se calculará la prevalencia por objetivo.

Luego harán el Bivariados sobre la prevalencia del trastorno depresivo según sexo, grupo etario y niveles de trastorno depresivo, Donde se utilizará la prueba del chi cuadrado y plantear una posible asociación.

De hallar variables coligadas a trastorno depresivo se realizará un análisis de retroceso logístico con la asistencia de un especialista en estadística, buscando probables factores de riesgo.

CAPITULO V: ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION

5.1 Capitales humanos

CAPITALES HUMANOS	TOTAL S/
ASESOR TEMATICO	1000.00
ASESOR METODOLOGICO	800.00
EXPERTOS	1000.00
CORRECTORES DE ESTILO	400.00
TOTAL	3200

5.2 Recursos materiales

EQUIPOS	
MATERIALES DE ESCRITORIO	250
IMPRESION	700
CD	100
FOTOCOPIAS	350
OTROS	200
TOTAL	1600

5.3 Presupuesto:

El costo total del presupuesto será asumido por la investigadora.

5.4 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES – MESES DE	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/17
EJECUCION.												
REVISION BIBLIOGRAFICA												
ELABORACION DE PROYECTO TESIS												
REVISION DEL PLAN DE TESIS												

APROBACION DEL PLAN DE TESIS												
RECOLECCION DE DATOS Y ANALISIS DE RESULTADOS												
ELABORACION DEL INFORME FINAL												
CORRECCION DEL INFORME FINAL												
PUBLICACION DEL TRABAJO												

V BIBLIOGRAFIA:

- 1) Ministerio de salud. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú. 2015, Dirección de Epidemiología, 2016. INTERNET. Fecha de actualización: 2015 (Fecha de acceso: 31 de agosto 2016) Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3446.pdf
- 2) Torres M. Estudio que compara en pacientes TBC pulmonar con frotis + de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/torres_u_m/t_completo.pdf
- 3) Accinelli y Barua. TBC pulmonar y Depresión. Revista del MINSA 1981.
- 4) Ormerod British Medical Bulletin volume 73-74, Issue 1, INTERNET. Fecha de actualización: 1 January 2005, Pages 17–24.
- 5) Valencia A. Niveles de Depresión en pacientes con TBC . INTERNET. Fecha de actualización: 2003 cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1778
- 6) Acevedo. Estudio comparativo de la Tuberculosis INTERNET. Fecha de actualización: 2003 sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/torres_u_m/cap2.htm
- 7) León-Barúa. Recopilación de observaciones e investigaciones sobre Tuberculosis - upch: INTERNET. Fecha de actualización: 28 jun. 2008 www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/.../1200

- 8) Iwashita A. (1998) Estudio sobre tuberculosis pulmonar del Cono Norte de Lima. Tuberculosis INTERNET. Fecha de actualización: 2003 sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Torres_U_M/cap3.pdf
- 9) López F, Pineda M, Custardoy J. Ansiedad y depresión en EPOC. Servicio Medicina Interna, Hospital de Alicante. INTERNET. Fecha de actualización: 2007
- 10) Chinouya MJ, Adeyanju O. Una enfermedad llamada estigma: la experiencia del estigma entre hombres africanos con diagnóstico de tuberculosis en Londres. Salud pública. 2017 Abr; 145:45-50. INTERNET. Fecha de actualización abril 2017.
- 11) Kebhila J, Ekabe CJ, Amiden LN, Noubiap JJ, Fon PN, Monekosso GL. Prevalencia y correlatos de los síntomas depresivos en pacientes adultos con tuberculosis pulmonar en la región suroeste de Camerún. Infect Dis Poverty INTERNET. Fecha de actualización 2016 Jun 2;5(1):51.
- 12) Ambaw F, Mayston R, Hanlon C, Alem A. Depresión entre los pacientes con tuberculosis: determinantes, curso e impacto en las vías de atención y resultados de tratamiento en un entorno de atención primaria en el sur de Etiopía: un protocolo de estudio. BMJ Open. INTERNET. Fecha de actualización 2015 Jul 8;5(7): e007653.
- 13) Shen TC, Wang CY, Lin CL, Liao WC, Chen CH, Tu CY. et al. Personas con tuberculosis se asocian con un riesgo posterior de depresión. Eur J Intern Med. 2014 INTERNET. Fecha de actualización Dic;25 (10):936-40.
- 14) Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, Carrillo J, et al. Conocimiento y actitudes sobre la transmisión y prevención de TBC en pacientes con TBC MDR. Rev. Perú. epidemiol. 2010; 14 (1) [p. 7] Escuela de Medicina Humana de la UNMSM.
- 15) Pérez Y Tuberculosis Pulmonar , INTERNET.: disponible fecha de acceso 06 de octubre de 2014 <https://es.scribd.com/document/158447295/Tuberculosis-Pulmonar>
- 16) Ormerod L, Tuberculosis multirresistente (MDR-TB): epidemiología, prevención y tratamiento *British Medical Bulletin*, Volume 73-74, Issue 1, 1 Enero 2005, Pag. 17–24, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh047>
- 17) MINSA, Guía de Práctica Clínica en Depresión 2008

- 18) Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi ANALES DE SALUD MENTAL publicación del Lima, Perú-2010-Volumen XXVI. Nro. 1
- 19) http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Kay_Tasman_psichiatry_2006.pdf
- 20) https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
- 21) <https://es.wikipedia.org/wiki>
- 22) Christoph L. Dumitru Chesov D. et al Tuberculosis farmacorresistente: una actualización sobre la carga de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento First published: 11 April 2018 <https://doi.org/10.1111/resp.13304>

VI ANEXOS

ANEXO 1: Matriz

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GLOBAL	VARIABLES E INDICADORES	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN
¿Cuál es prevalencia de trastorno depresivo en pacientes con TBC Pulmonar multidrogorresistente en HCLLH enero 2017 - diciembre del 2017	Determinar la prevalencia de trastorno depresivo de pacientes con TBC multidrogorresistente desde el mes de enero 2017 a diciembre 2017 en HCLLH".	Al ser un estudio descriptivo no lleva hipótesis.	Trastorno depresivo: Variable dependiente Tuberculosis MDR: Variable independiente Edad: Sexo: Grado de trastorno depresivo:	Según el enfoque: cualitativo Según la intervención del investigador: observacional Según el grupo analizado: descriptivo. Por momento de obtención de datos: prospectivo, Según la direccionalidad: Transversal 4.2 Método de Investigación: Deductivo	Todos los pacientes con Tuberculosis pulmonar multidrogorresistente (MDR) del HCLLH.
PROBLEMAS SECUNDARIOS <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la incidencia de trastorno depresivo en los pacientes Tuberculosis Pulmonar 	OBJETIVOS ESPECÍFICOS <ul style="list-style-type: none"> Determinar la incidencia de trastorno depresivo en los pacientes con TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el HCLLH. 	HIPOTESIS DERIVADAS			

<p>Multidrogoresistente (MDR) en el HCLLH</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC (MDR) del HCLLH por grupo etario? • ¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el HCLLH por género (masculino, femenino)? • ¿Cuál es la prevalencia de los diferentes niveles de trastorno depresivo en pacientes con TBC Pulmonar (MDR) en el HCLLH”? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes TBC Pulmonar Multidrogoresistente en el HCLLH, por grupo etario. • Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes con TBC Pulmonar Multidrogoresistente (MDR) en el HCLLH, por género (masculino, femenino) • Determinar la prevalencia en diferentes niveles de trastorno depresivo en los pacientes con TBC Pulmonar (MDR) en el HCLLH 				

ANEXO 2: Operacionalización de variables

VARIABLES	Definición y tipo de variable	Tipo de variable por su naturaleza	Indicadores	Items	Escala	Instrumento
Trastorno depresivo:	Trastorno depresivo: Trastorno mental caracteriza por presencia de síntomas como la tristeza, anhedonia, culpa o ausencia de autoestima, alteración del sueño y apetito, falta de concentración. Puede llegar a la cronicidad y dificultar el desempeño en el trabajo así como la capacidad para afrontar la vida diaria	cualitativa	Test de trastorno depresivo PHQ 9	No (1) Si (2)	Ordinal	Test de trastorno depresivo PHQ 9
Edad	Tiempo transcurrido de una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento a la actualidad	cuantitativa	cantidad de años		Razón	DNI
Sexo	Es de materia biológica e incluye la genética, hormonas y partes del cuerpo, como los órganos reproductivos y sexuales.	Cualitativo	Masculino Femenino	Masculino (1) Femenino (2)	Nominal	DNI
Niveles de trastorno depresivo	grados para catalogar el trastorno depresivo en tres: leve, moderado y severo.	cualitativo	Sin depresión (1) Depresión menor (2) Depresión mayor (3)	Sin depresión (1) Depresión menor (2) Depresión mayor (3)	Ordinal	Test de trastorno depresivo PHQ 9

ANEXO 3:

Instrumento de recolección de datos

Edad:

Sexo:

Trastorno depresivo

Tipo de trastorno depresivo:

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Interpretación:

Trastorno depresivo severo: Si hay mínimo 5 ítems señalados como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y por lo menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.

Trastorno depresivo leve: Si hay por lo menos 2 a 4 ítems señalados como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.