



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY**

**JARAMILLO JARAMILLO JULEISY DAYANNA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MADRIZ ABAD HECTOR EMANUEL
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR
Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN
MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY**

**JARAMILLO JARAMILLO JULEISY DAYANNA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MADRIZ ABAD HECTOR EMANUEL
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2022**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASOS

**DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS
PULMONAR Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
SEGÚN MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY**

**JARAMILLO JARAMILLO JULEISY DAYANNA
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MADRIZ ABAD HECTOR EMANUEL
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA

**MACHALA
2022**

DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.

por HECTOR EMANUEL MADRIZ ABAD

Fecha de entrega: 02-may-2023 09:44a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2080069547

Nombre del archivo: N_DE_ENFERMER_A_SEG_N_MODELO_DE_ADAPTACI_N_DE_CALLISTA_ROY.docx
(19.14K)

Total de palabras: 4748

Total de caracteres: 25967

DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	< 1 %
2	americanae.aecid.es Fuente de Internet	< 1 %
3	webadmin.pfizer.com.mx Fuente de Internet	< 1 %
4	repositorio.essalud.gob.pe Fuente de Internet	< 1 %
5	www.codamedver.gob.mx Fuente de Internet	< 1 %
6	es.unionpedia.org Fuente de Internet	< 1 %
7	newsnetwork.mayoclinic.org Fuente de Internet	< 1 %
8	www.ceap.espol.edu.ec Fuente de Internet	< 1 %

9	www.researchgate.net Fuente de Internet	< 1 %
10	www.senad.gov.py Fuente de Internet	< 1 %
11	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	< 1 %
12	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
13	www.diariovasco.com Fuente de Internet	< 1 %
14	"VI Congress of the International Society for Hemodialysis Buenos Aires, Argentina September 11–14, 2013", Hemodialysis International, 2014 Publicación	< 1 %
15	de.slideshare.net Fuente de Internet	< 1 %
16	es.scribd.com Fuente de Internet	< 1 %
17	issuu.com Fuente de Internet	< 1 %
18	repositorioinstitucional.uabc.mx Fuente de Internet	< 1 %
19	www.ingentaconnect.com Fuente de Internet	< 1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL


Los que suscriben, JARAMILLO JARAMILLO JULEISY DAYANNA y MADRIZ ABAD HECTOR EMANUEL, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

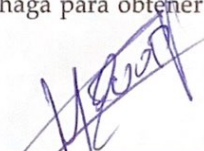
Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.



JARAMILLO JARAMILLO JULEISY DAYANNA

0706141397



MADRIZ ABAD HECTOR EMANUEL

0706012564

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa, la cual es prevenible y curable. Esta enfermedad posee un número epidemiológico preocupante debido a la facilidad de transporte de las micro gotas de flugge expulsadas por el paciente cuando tose, habla o estornuda, lo que ocasiona que el agente causal llamado *Mycobacterium tuberculosis*, se mueva con facilidad en el ambiente. Debido a la severidad que conlleva su contagio, es motivo de preocupación tanto para el personal de salud, las familias y sobre todo el paciente que tiene que lidiar no solamente con los síntomas de la enfermedad sino también con el estigma generado en torno a esta patología. No es de extrañar que esto tenga algún tipo de impacto en las vidas de las personas que sufren la enfermedad, por lo tanto, la adaptación es fundamental para el proceso de recuperación de la salud. En términos fisiológicos, la palabra adaptación se usa para describir el ajuste del fenotipo de un organismo a su ambiente, esto se llama adaptabilidad, adaptación fisiológica o aclimatación. Cuando no existe una buena adaptabilidad a la nueva condición clínica, se intensifica la aparición de trastornos depresivos o depresión, los cuales desencadenan deterioro de la salud y complicaciones en la adherencia terapéutica, por ende, se dificulta la recuperación del paciente y aumenta el riesgo de contagios. **Objetivo:** El presente estudio de caso tiene como objetivo principal evaluar la depresión en paciente con Tuberculosis Pulmonar basado en el test de Hamilton y realización del Proceso de Atención de Enfermería según modelo de adaptación de Callista Roy. **Metodología:** La presente investigación es de tipo descriptivo, cualitativo, transversal, debido a que se describe la problemática en relación a la tuberculosis y su asociación con la depresión en un paciente del primer nivel de atención, las técnicas utilizadas son la observación directa, entrevista abierta, revisión de la documentación científica, las cuales permiten la recolección de datos del paciente y su diagnóstico, los instrumentos usados en este trabajo son principalmente base de datos confiables para la indagación de artículos y revistas científicas, incluyendo el Test de Hamilton - Escala 1, que evalúa la depresión en la paciente. **Resultado:** El presente estudio de caso se realizó a una paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible a Rifampicina, que manifiesta síntomas de depresión como llanto nocturno, tristeza, aislamiento, distracción y pensamientos negativos, por ende, al evaluarla por medio del Test de Hamilton se obtuvo como puntuación 47, lo que determinó depresión mayor o muy grave. En relación a los estilos de vida, se destaca el consumo de alcohol y tabaco, en moderada cantidad, práctica que no ha abandonado a pesar de conocer su diagnóstico

y las complicaciones asociadas al consumo de estas sustancias. El plan de cuidados de enfermería basado en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy ayudó a disminuir los síntomas depresivos, por ende, mejoró el estado anímico en la paciente. **Conclusiones:** En este estudio de caso se determinó que el nivel de depresión que percibe la paciente es alto, por lo que inmediatamente se diseñó un plan de cuidados basados en la teoría de Sor Callista Roy enfocándonos en su salud mental y la adaptación al cuadro clínico actual. Dentro de los resultados debemos destacar que se observó mejoras en cuanto a su estado anímico lo que desencadenó una reducción del impacto psicológico generado por la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: “Depresión” “Tuberculosis” “Adaptación” “Callista Roy”.

ABSTRACT

Tuberculosis is a contagious infectious disease, which is preventable and curable, it has a worrying epidemiological number, due to its ease of transport through micro-droplets of flugge expelled by the patient when he coughs, speaks or sneezes, which allows the agent to causative agent called Mycobacterium tuberculosis, moves easily in the environment. Due to the severity of its contagion, it is a matter of concern for health personnel, families and especially the patient who has to deal not only with the symptoms of the disease but also with the stigma generated around this pathology. It is not surprising that this has some kind of impact on the lives of people who suffer from this disease, therefore adaptation is essential for the process of recovering health. In physiological terms, the word adaptation is used to describe the adjustment of an organism's phenotype to its environment, this is called adaptability, physiological adaptation, or acclimatization. When there is no good adaptability to the new clinical condition, the appearance of depressive disorders or depression intensifies, which triggers deterioration of health and complications in therapeutic adherence, therefore, the patient's recovery is difficult and the risk of contagion increases. **Objective:** The main objective of this case study is to evaluate depression in a patient with Pulmonary Tuberculosis based on the Hamilton test and implementation of the Nursing Care

Process according to the adaptation model of Callista Roy. **Methodology:** This research is descriptive, qualitative, cross-sectional, because the problem in relation to tuberculosis and its association with depression in a patient at the first level of care is described, the techniques used are direct observation, interview open, review of scientific documentation, which allow the collection of patient data and diagnosis, the instruments used in this work are mainly reliable databases for the investigation of scientific articles and journals, including the Hamilton Test - Scale 1 , which assesses depression in the patient. **Result:** The present case study was carried out on a patient with a diagnosis of pulmonary tuberculosis sensitive to Rifampicin, who manifested symptoms of depression such as crying at night, sadness, isolation, distraction and negative thoughts, therefore, when evaluated by means of the Hamilton Test, he obtained a score of 47, which determined major or very severe depression. In relation to lifestyles, the consumption of alcohol and tobacco stands out, in moderate amounts, a practice that has not been abandoned despite knowing its diagnosis and the complications associated with the consumption of these substances. The nursing care plan based on the adaptation model of Sister Callista Roy helped reduce depressive symptoms, therefore, the patient's mood improved. **Conclusions:** In this case study, it was determined that the level of depression perceived by the patient is high, so a care plan based on the theory of Sor Calista Roy was immediately designed, focusing on her mental health and adaptation to the clinical picture. Current. Within the results we must highlight that improvements were observed in terms of their mood, which triggered a reduction in the psychological impact generated by the disease.

KEY WORDS: “Depression” “Tuberculosis” “Adaptation” “Callista Roy”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción	6
CAPÍTULO I. Generalidades del objeto de estudio.....	8
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio	8
1.2 Hechos de Interés.....	8
1.3 Objetivos de la Investigación	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3.2 Objetivos Específicos	10
Capítulo II. Fundamentación Teórico - Epistemológica Del Estudio	10
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.	10
2.1.1 Epidemiológica	10
2.1.2 Período de transmisibilidad.....	10
2.1.3 La cadena epidemiológica de transmisión.....	10
2.1.3.1 Agente causal	10
2.1.3.2 Reservorio y fuente de infección	10
2.1.3.3 Mecanismo de transmisión	11
2.1.3.4 Huésped susceptible de enfermar	11
2.2 Bases Teóricas de la Investigación.....	11
2.2.1 Tuberculosis	11
2.2.2 Clasificación de Tuberculosis	11
2.2.2.1 Tuberculosis pulmonar:.....	12
2.2.2.2 Tuberculosis extrapulmonar o miliar:.....	12
2.2.2.3 Tuberculosis multirresistente:	12
2.2.3 Fisiopatología.....	12
2.2.4 Manifestaciones clínicas.....	13
2.2.4.1 Signos y síntomas	13
2.2.5 Factores de riesgo	13
2.2.6 Diagnóstico.....	14
2.2.6.1 Medios de Diagnostico	15
2.2.7 Tratamiento.....	15
2.2.7.1 Profilaxis:.....	16
2.2.7.2 Medicamentos de primera línea:.....	16

2.2.8 Depresión	17
2.2.9 Clasificación.....	17
2.2.10 Manifestaciones Clínicas	17
2.2.11 Psicología en Enfermería	17
2.2.12 Test de Hamilton	18
2.2.13 Teoría de Callista Roy	18
CAPÍTULO III: Proceso Metodológico.....	19
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada	19
3.1.1 Tipo de investigación.....	19
3.1.2 Unidad de análisis.....	19
3.1.3 Área de estudio	20
3.1.4 Tipo de estudio.....	20
3.1.5 Método de estudio.....	20
3.1.6 Técnicas de Investigación	20
3.1.7 Instrumentos de investigación.	20
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.....	20
3.3 Aspectos éticos legales.....	21
3.3.1 Confidencialidad:.....	21
3.3.2 Autonomía:.....	21
3.3.3 Beneficencia:	21
3.4 Sistema de categorización en el análisis de los datos.....	21
3.4.1 Categorías de análisis:	21
3.4.2 Anamnesis:	21
3.4.2.1 Antecedentes patológicos personales:	21
3.4.2.2 Antecedentes patológicos familiares:.....	21
3.4.2.3 Constantes Vitales:	21
3.4.3 Examen físico:.....	22
3.4.4 Valoración psicológica:	22
3.4.5 Diagnóstico médico:	23
3.4.6 Evaluación de depresión - Test de Hamilton:	23
3.4.7 Proceso de Atención de Enfermería:	23
CAPÍTULO IV: Resultados de la Investigación	26
4.1 Descripción y Argumentación teórica del proceso	26

4.2 Conclusiones	27
4.3 Recomendaciones	28
4.4 Bibliografía	29
4.5. Anexos.....	37
Imagen 1: Test de Hamilton aplicado al paciente.....	37
Imagen 2: Oficio para solicitar historia clínica de la paciente.....	38
Imagen 3: Consentimiento Informado.	39

Introducción.

La tuberculosis (TB), es una patología infecciosa y altamente contagiosa de gran prevalencia en el mundo, con predominio en países en desarrollo. Su alto grado de contagiosidad está ligado a que su transmisión se da por vía respiratoria (1). Afecta principalmente a los pulmones, pero también puede infectar otros sistemas como el ganglionar, urogenital, osteoarticular, meníngea y pleural (2). El tratamiento médico recomendado para combatir esta enfermedad consiste en la combinación de varios antibióticos, tales como rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol y estreptomycin, en dosis que varían en dependencia de factores relacionados con el paciente (3).

Esta enfermedad ha sido por muchos años considerada como el resultado de comportamientos de riesgo asociada a los grupos más vulnerables de la sociedad, bajo el estereotipo de pobreza, bajo nivel educativo, deficientes ingresos económicos, abandono y prácticas sociales incorrectas (4).

La estigmatización ha afectado la búsqueda de atención de salud y la correcta adherencia al tratamiento, debido a que las personas que la padecen sienten temor al rechazo de su familia, amigos y sociedad en general. Este retraso en la búsqueda de atención ha generado que año tras año las cifras asociadas a esta enfermedad continúen en aumento, a pesar de las diferentes estrategias establecidas por el personal de salud (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021 alrededor de 10,6 millones de personas se contagiaron de tuberculosis pulmonar, cifra mayor en 4,5% a la cuantificada en el año 2020. Además, ese mismo año se notificó el fallecimiento de 1,6 millones personas con TB. En cuanto a la no adherencia al tratamiento, estudios determinaron la detección de 450.000 casos nuevos de tuberculosis resistente a al menos uno de los fármacos usados para su tratamiento (6). En nuestro país según datos del instituto de

estadísticas y censos (INEC), en el 2016 se presentaron un promedio de 3410 casos de tuberculosis, de los cuales alrededor del 10% fueron detectados en la provincia de El Oro (7).

Esta enfermedad es una de las más complicadas de superar debido a la extensa duración del tratamiento, los síntomas alarmantes que se presentan y la rápida propagación de la misma, una sola persona puede contagiar alrededor de 10 contactos cercanos al año y cerca de una veintena durante todo el transcurso de la enfermedad antes de que ocurra la muerte (8).

La mayoría de pacientes que han sido diagnosticados y reciben tratamiento médico, conocen esta realidad y viven con el temor constante de ser culpables del contagio de familiares o amigos, sumado a pensamientos negativos en relación al mal pronóstico que conlleva la enfermedad, lo que ocasiona síntomas relacionados a la depresión, ansiedad o estrés post diagnóstico (9).

Estudios revelan que es muy común, la relación entre la depresión y enfermedades graves o crónicas, lo que influye negativamente en la adherencia terapéutica, desencadenando complicaciones y aumentando el riesgo de mortalidad (10).

A partir de esta premisa para evaluar la depresión uno de los test más usados es el de Hamilton-Escala 1, el mismo que consta de 21 apartados los cuales permiten evaluar cuantitativamente la presencia y el nivel de depresión en el paciente (11).

A través de los datos obtenidos el personal de enfermería puede tratar de forma oportuna al paciente formulando planes de cuidado desde una visión holística. Uno de los modelos de atención más acorde para este tipo de casos es el de adaptación de Sor Callista Roy debido a que su objetivo es ayudar al afrontamiento eficaz de situaciones nuevas, haciendo énfasis en el proceso psicológico por el que transcurre la persona (12).

Por todo lo anterior descrito, el objetivo de este estudio, es evaluar la depresión en paciente con Tuberculosis Pulmonar basado en el test de Hamilton y realización del Proceso de Atención de Enfermería según modelo de adaptación de Callista Roy

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa de gran prevalencia a nivel mundial, su contagio está ligado a condiciones higiénicas deplorables, desnutrición, consumo de sustancias tóxicas, VIH, entre otras. Aunque esta infección en estadios iniciales es tratable y curable, el solo hecho de su contagio, provoca en quien la padece sentimientos de culpa, inseguridad, miedo, tristeza y aislamiento social, esto genera una atmósfera perfecta para la manifestación de problemas de orden psicológico. El 37% de los pacientes con TB desarrollan depresión, lo que complica aún más su cuadro clínico, debido a que existe la probabilidad de abandono del tratamiento y con ello pasar a formar parte de los pacientes multidrogo resistentes.

Es preciso mencionar que muchos de estos pacientes no reciben atención psicológica integral y su estado de salud mental pasa a segundo plano, debido a que los profesionales se enfocan más en mejorar los signos y síntomas visibles de la enfermedad. Es por esta razón que se plantea el presente estudio de caso, buscando no solo conocer la teoría de esta problemática sino también contribuir a determinar oportunamente el nivel de depresión que presenta el paciente con tuberculosis y plantear soluciones viables acordes a los roles que desempeña el profesional de enfermería dentro del equipo de salud (11).

Por consiguiente, la problemática hallada es la depresión post diagnóstica de tuberculosis pulmonar, se observó a paciente de sexo femenino de 28 años de edad que al presentar sintomatología respiratoria acudió al centro de salud tipo “A”, Amazonas para revisión, luego de exámenes médicos fue diagnosticada con Tuberculosis pulmonar sensible a rifampicina. Inicia con el tratamiento, pero al pasar los días, se la nota distraída, triste, preocupada y con ansiedad permanente. Por ello el presente estudio de caso tuvo como finalidad evaluar su nivel de depresión, basados en el test de Hamilton y realización del Proceso de Atención de Enfermería según modelo de adaptación de Callista Roy, que permita a la paciente afrontar su diagnóstico y por ende una recuperación integral.

1.2 Hechos de Interés.

En los últimos cuatro años, a nivel mundial existieron diariamente más de 400 muertos por TB, lo que ubica a la tuberculosis como la novena enfermedad más peligrosa en el mundo (13).

Estudios realizados en América Latina y el Caribe, revelan que a nivel mundial un tercio de la población, se encuentra contagiada con tuberculosis, de los cuales se derivan aquellos que no desarrollan síntomas de la infección (TB latente) y los que, debido a su sistema inmunológico debilitado, corren el riesgo de que la tuberculosis se desarrolle en su totalidad, comprometiendo su estado de salud (14).

En México, a través de un análisis de historias clínicas realizado por el Instituto de Pediatría, se detectaron alrededor de 122 pacientes inmunocomprometidos con tuberculosis, siendo el 61 % varones y 39% mujeres (15).

Un estudio realizado en Perú reveló que la depresión en pacientes con tuberculosis se encuentra íntimamente relacionada con el periodo de tratamiento, es decir a mayor duración de tratamiento se incrementa la probabilidad de aparición de cuadros depresivos, es así que la frecuencia de depresión en pacientes con tratamiento antituberculoso de primera línea llegó a ser superior a 53,6% convirtiéndose esta dinámica en un factor de riesgo para el abandono del tratamiento (16).

Se estima que, en todo el mundo, más de 450 millones de personas son afectadas con depresión y que 1 de 4 personas a lo largo de su vida sufrirán problemas de este tipo sin importar edad, sexo, condición social o discapacidad. El 13% de las enfermedades se encuentran directamente relacionadas con trastornos de la salud mental. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América Latina y el Caribe se ha alcanzado una mediana de 77,9% para trastornos depresivos y un 73,9% para depresión (17).

Tomando en consideración aquello, es importante que los profesionales de la salud tengan conocimiento sobre la atención estandarizada, compleja y efectiva que se debe brindar a los pacientes que padecen de esta enfermedad; razón por la cual, se ha elegido la teoría de Callista Roy para relacionar el estudio de caso y de esta manera llevar a cabo un análisis que permita estudiar a profundidad el objeto de estudio.

1.3 Objetivos de la Investigación.

1.3.1 Objetivo General

- Evaluar la depresión en paciente con Tuberculosis Pulmonar basado en el test de Hamilton y realización del Proceso de Atención de Enfermería según modelo de adaptación de Callista Roy.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Recopilar información relevante del paciente a través de entrevista abierta y visita domiciliaria.
- Aplicar test de Hamilton- Escala 1 de Depresión.
- Elaborar un plan de cuidados de Enfermería basados en el modelo de adaptación de Callista Roy.

Capítulo II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO.

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia.

2.1.1 Epidemiológica.

Se estima que un tercio de la población mundial está infectada con bacilo de Koch. Ecuador tuvo 6094 casos de tuberculosis en 2018, con un 34,53 de tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes. Los casos con presencia de tuberculosis sensible incluyen casos nuevos y casos previamente tratados, especialmente si son abandonados, recuperados, con fracasos o recaídas (18).

2.1.2 Período de transmisibilidad.

Término que hace referencia al tiempo en el que el paciente con tuberculosis pulmonar puede transmitir la enfermedad si no inicia el régimen terapéutico. Una vez iniciado el mismo, se reducen síntomas como tos y esputo o expectoración, lo que disminuye la probabilidad de contagios. Al final de la segunda semana, el recuento de bacilos disminuye al 1% de la cuantificación original (19).

2.1.3 La cadena epidemiológica de transmisión.

La cadena patógena de transmisión de la infección de la tuberculosis está constituida por el agente causal, reservorio, fuente de infección y el o los mecanismos de transmisión.

2.1.3.1 Agente causal.

El agente causal de la Tuberculosis es el Mycobacterium TB, que tiene la capacidad de enfermar a las personas en todas las etapas de la vida, provoca tos con expectoración, tiene mucha resistencia al frío y se sensibiliza en el calor, luz solar y rayos ultravioleta) (20).

2.1.3.2 Reservorio y fuente de infección.

Por lo general, los agentes infecciosos pueden encontrarse en diversos seres vivos (animales o humanos) a los cuales se les denominan reservorios. En la tuberculosis, el principal portador de la enfermedad es la persona sana (latente) o infectada (21). El riesgo de contagio aumenta con la presencia de más bacterias en la muestra analizada (22).

2.1.3.3 Mecanismo de transmisión.

El principal mecanismo para la transmisión de la Tuberculosis pulmonar es la vía aérea. En efecto, la infección se transmite cuando el enfermo, habla, tose o estornuda y en esta actividad expulsa pequeñas micro gotas en forma de aerosoles cargados de mico bacterias (23).

2.1.3.4 Huésped susceptible de enfermar.

Para que ocurra la infección, la tuberculosis debe encontrar un huésped susceptible, esta susceptibilidad está condicionada por el estado inmunológico del individuo, siendo más propensos a adquirir la bacteria aquellas personas con enfermedades de base, adultos mayores y niños (24).

2.2 Bases Teóricas de la Investigación.

2.2.1 Tuberculosis.

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que ha provocado más muertes en la población mundial (25), causada por todas las bacterias Mycobacterium como: tuberculosis, microti, bovis, canetti, africanum, pinnipedii, Ziegen (26). Los microbios tienen forma de varilla y pueden sobrevivir y reproducirse como organismos estrictamente aeróbicos. (27). Son resistentes a los ácidos y alcoholes, sensibles a los rayos ultravioletas, a la luz del sol y a temperaturas de calor excesivo, sin embargo, generan una gran resistencia en climas fríos y a su vez en procesos que conllevan congelación extrema. Las bacterias crecen lentamente (12-24 horas) y entran en la fase de latencia con condiciones desfavorables (28). La infección de TB se conceptualiza cómo todos los casos positivos de tuberculosis previamente confirmada por un examen de esputo o diagnosticada por la sintomatología, se presenta con inflamación granulomatosa necrótica del parénquima pulmonar o del árbol traqueo bronquial (29).

2.2.2 Clasificación de Tuberculosis.

2.2.2.1 Tuberculosis pulmonar:

Independientemente de su impacto social y económico, hoy en día se considera cómo una de las patologías infecto contagiosas más emergentes y mortales, representa una de las problemáticas en el área de la salud más trascendentales del mundo (30).

2.2.2.2 Tuberculosis extrapulmonar o miliar:

Hace referencia a que la afección se genera fuera de los pulmones, cómo, por ejemplo: riñones, columna vertebral, las meninges, los ganglios linfáticos, e inclusive grandes partes del cuerpo como el pericardio, articulaciones y peritoneo. Sin embargo, cuando existen complicaciones todos estos órganos pueden verse afectados (31).

2.2.2.3 Tuberculosis multirresistente:

Definida como una infección causada por *Mycobacterium tuberculosis* resistente a la rifampicina y a la isoniazida y que se transmite como consecuencia de una infección primaria en ausencia de estos fármacos. Sin embargo, la mayoría de las veces ocurre después de un tratamiento previo con estos medicamentos (32). El desarrollo de tuberculosis farmacorresistente resulta de la monoterapia, del incumplimiento, mala adherencia al tratamiento y el uso de medicamentos en dosis inferiores. Esta resistencia puede ser primaria o adquirida, la resistencia adquirida se desarrolla durante el curso de la terapia prescrita, mientras que la resistencia primaria se desarrolla cuando un paciente es un portador inherente de una cepa resistente (33).

2.2.3 Fisiopatología.

Los bacilos *M. tuberculosis* una vez que son inhalados reposan en los alvéolos, luego los macrófagos alveolares fagocitan a estos bacilos, en el caso de las personas que tienen inmunocompetencia la infección se elimina sin requerir tratamiento. En su mayoría, los pacientes se mantienen asintomáticos y por lo general no registran evidencia radiológica de la infección (34). La Tb se presenta en tres distintas fases, las cuales son primaria, latente y por último la fase activa; generalmente la infección no se transmite durante la fase primaria y no es contagiosa en la fase latente.

No obstante, en individuos inmunodeprimidos, los bacilos son resistentes a los intentos fagocíticos y la degradación por parte de los macrófagos, lo que produce la replicación de bacilos de Koch en

los macrófagos. A medida que los bacilos se multiplican, los macrófagos alveolares los trasladan a los ganglios linfáticos regionales y pueden propagarse por vía hematógica a otras localizaciones (35).

Durante este periodo de tiempo, la mayor parte de los pacientes permanecen asintomáticos y no suelen presentar pruebas radiológicas de la enfermedad. Generalmente, la patogénesis cesa en este punto, y por tanto se afirma que el paciente padece una infección tuberculosa asintomática, que puede permanecer latente durante muchos años sin repercusiones clínicas (21).

2.2.4 Manifestaciones clínicas.

El paciente puede presentar problemas respiratorios, mismos que consisten en: tos persistente sin mejoría, expectoración y Hemoptisis; otros síntomas sistémicos son: fiebre de más de 14 días, disminución del apetito o mala alimentación (24). La pérdida o disminución de peso, astenia, sudores nocturnos, hematuria, emaciación e irritabilidad. En el caso de tuberculosis extrapulmonar, se presentan síntomas como: deformidad espinal (cifosis), linfadenopatía cervical indolora, meningitis subaguda (debe aclararse si la terapia con antibióticos no responde), derrame pleural, quiste, derrame pericárdico, inflamación con ascitis, aumento de tamaño de la articulación sin dolor (29).

2.2.4.1 Signos y síntomas.

Entre los síntomas evidentes en el paciente infectado por tuberculosis se encuentran principalmente, la tos productiva mayor a dos semanas, la misma que aumenta de intensidad proporcionalmente al tiempo de la infección, astenia, disminución de peso sin otra razón que lo provoque, fiebre y sudor abundante sobre todo durante horas nocturnas, además algunos pacientes pueden presentar hemoptisis (sangre procedente del pulmón). Siendo estos los síntomas más relevantes para clínicamente sospechar de la presencia de infección por TB pulmonar (31). Cabe recalcar que la sintomatología presenta variaciones en dependencia del órgano infectado por esta bacteria, siendo esto uno de los criterios médicos para determinar si la tuberculosis es pulmonar o extrapulmonar, añadido a exámenes radiológicos y demás pruebas determinadas para este fin. Es así que aunque es el mismo agente el causante de la enfermedad los signos y síntomas son variables (6).

2.2.5 Factores de riesgo.

Los factores que potencian la infección de TB son los siguientes: el consumo frecuente de tabaco, ingerir bebidas alcohólicas, trastornos psiquiátricos, el hacinamiento y la carencia de exposición a la luz solar, así como también otras enfermedades de tipo crónico que puedan asociarse (22). En el caso de las personas que habitualmente consumen alcohol sucede que pasan prolongados periodos de tiempo en ayunas, promoviendo el surgimiento de desnutrición y anemia (13).

El sexo masculino presenta estadísticamente mayores porcentajes de infección por TB, los datos demuestran que el 56% de los casos a nivel mundial ocurre en hombres (33). Este fenómeno se asocia a los hábitos sociales de cada género, y las diferencias en el riesgo de infección en relación a la exposición y de progresión de la enfermedad (19). La edad es también un factor de considerado de riesgo, debido a que durante etapas de la vida temprana y tardía, fisiológicamente experimentamos disminución en la protección del sistema inmunitario, en este sentido el riesgo referente a la edad abarca tanto a niños menores de dos años como a adultos mayores de 60, siendo estos últimos los más propensos a enfermar (24).

2.2.6 Diagnóstico.

Las pruebas diagnósticas que se realizan para detectar la presencia de TB, se clasifican en dependencia de la presencia o no de síntomas de evidente infección, en el caso de no presentar síntomas las pruebas más relevantes son, la de tuberculina, la cual lleva este nombre debido al líquido que se inyecta vía intradérmica y que mide la sensibilidad al mismo, otra prueba es la denominada IGRA, está en cambio a través de una muestra de sangre, mide la reacción en laboratorio del sistema inmune frente al bacilo de KOCH (25).

Con el avance tecnológico las pruebas han ido mejorando, entre las más recientes se encuentran la de ampliación del ácido nucleico, la que permite un resultado en tan solo dos días (26). Esta rapidez se debe al alto grado de sensibilidad el cual llega al 95% en pruebas de tipo respiratorio positivas y del casi 70% en las negativas. Es preciso mencionar que entre las pruebas más usadas se encuentra la que determina un diagnóstico a través de la reacción en cadena de la polimerasa, de allí sus iniciales PCR, Aunque su principal desventaja es la escasez en el medio hospitalario (29).

Anamnesis: Una buena historia clínica es fundamental para lograr detectar personas sospechosas de TB Pulmonar o pacientes previamente diagnosticados que han cumplido o no adecuadamente el tratamiento antituberculoso, para así disminuir el riesgo de resistencia antibiótica

Diagnóstico clínico: Se caracteriza por manifestaciones clínicas como: tos productiva por más de 15 días, fiebre, ataque de malestar general, sudores nocturnos, pérdida de peso, hemoptisis, disnea (15).

Criterios Clínicos: Tos durante un periodo superior o igual a 15 días con o sin hemoptisis. Los síntomas comunes son: fiebre, sudores nocturnos, anorexia, pérdida de peso, dolor torácico, astenia. Signos y síntomas de lesión de órgano diana en la tuberculosis extrapulmonar (3).

Criterios Bacteriológicos: Es recomendable realizar una microscopía, un cultivo o PCR en tiempo real; esta herramienta diagnóstica es útil para personas con síntomas sugestivos de tuberculosis (27). Aunque un criterio bacteriológico es indicio de Tb, este debe afianzarse con pruebas diagnósticas de imagen, como la tomografía computarizada (TC), pruebas ecográficas y/ o resonancia magnética. Se realizan estas pruebas diagnósticas en conjunto, debido a que la tuberculosis puede generar incluso hiperplasia suprarrenal con micro calcificaciones e infiltrados granulomatosos, primero en una glándula y luego bilateralmente (1).

Diagnóstico Radiológico: Debido a que esta enfermedad afecta inicialmente los pulmones, la realización de rayos X torácico, es una medida fundamental no solo para el diagnóstico sino para conocer el grado de afectación. Es por aquello que se usa comúnmente este tipo de pruebas en conjunto con otros métodos de diagnóstico (2).

Prueba de la Tuberculina: No debe utilizarse como único criterio diagnóstico, debido a una elevada tasa de falsos negativos, si no como un complemento a los demás métodos. Esta prueba se realiza a la población que ha presentado mayor exposición, como es el caso de personas que han tenido contacto íntimo con enfermos bacilíferos (6).

2.2.6.1 Medios de Diagnostico.

Entre los medios de diagnóstico, principalmente tenemos la Baciloscopia de esputo, el cual es un examen microscópico realizado con muestras de esputo de personas con síntomas comprometidos, esta prueba detecta la presencia de bacilos de tuberculosis, sin embargo no refleja porcentajes o resistencia a fármacos (3).

Por otra parte tenemos la Prueba rápida Xpert MTB/RIF la cual fue propuesta por la OMS, esta prueba tienen una duración de 2 horas, en los resultados confirma si el paciente tiene tuberculosis,

si es resistente a la Rifampicina, que es el fármaco más utilizado e importante en la recuperación de esta enfermedad (4).

2.2.7 Tratamiento.

El tratamiento de TB consiste en dos esquemas de medicación con una duración de seis meses, el éxito del tratamiento requiere de la supervisión y apoyo del personal de salud, incluyendo a los familiares, debido a la dificultad en el cumplimiento terapéutico (23).

La guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la tuberculosis en Ecuador menciona que, la TB es una enfermedad que tiene cura siempre y cuando se cumpla con el esquema de tratamiento de forma correcta. El esquema de tratamiento para TB sensible está constituido por dos fases, la primera tiene una duración de dos meses, es decir 50 dosis de HRZE, posteriormente, una segunda fase de 100 dosis de RH (4 meses) y controles mensuales de frotis (19). El método de administración de estos fármacos se ha determinado en la toma de 5 días a la semana obviando los fines de semana, lo cual ha demostrado una mejor adherencia al tratamiento, es decir se evita el abandono y consigo pacientes resistentes a algún fármaco (20).

2.2.7.1 Profilaxis:

Es un conjunto de medidas para prevenir enfermedades. Existen diversas formas de prevenir la tuberculosis:

- 1) Los pacientes deben ser alojados en una habitación bien ventilada y soleada y someterse a un control de contacto sistemático (tuberculina y radiografía de tórax)
- 2) Vacunación BCG: Uso solo en países con alta incidencia de tuberculosis. No recomendado en países desarrollados

2.2.7.2 Medicamentos de primera línea:

Estos fármacos son cuatro: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol. 2HRZE/4HR durante 6 meses para casos nuevos y no nuevos. En tuberculosis resistente: 9 HRZE durante 9 meses en pacientes con pérdida de tratamiento confirmada, fracaso del tratamiento o resistencia a rifampicina durante el seguimiento (21).

Para el tratamiento de pacientes que tienen tuberculosis resistente a la rifampicina o multidrogorresistente, se realiza la administración del esquema acortado durante 9-12 meses. Este esquema consta de dos fases: La intensiva que son 6 meses de tratamiento, por otro lado si al

finalizar las pruebas de laboratorio siguen positivas, se considera un caso de fracaso, por ende se empezará un nuevo esquema de tratamiento con farmacia de segunda línea (22).

2.2.8 Depresión.

Según la OMS, es un trastorno mental muy frecuente en el mundo, es caracterizado por los cambios en el estado de ánimo, acompañados por síntomas físicos y cognitivos. La depresión puede ser primaria o secundaria a alguna enfermedad base, en los casos muy comunes aparece en patologías crónicas graves como cáncer, infarto, diabetes, enfermedad cerebrovascular, tuberculosis, VIH, trastornos alimenticios, enfermedad de Parkinson (25).

2.2.9 Clasificación.

Existen varias clasificaciones para la depresión entre las más utilizadas se encuentra la determinada por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos, en este manual los trastornos depresivos se dividen en mayor, mayor recurrente y trastorno distímico. Otra clasificación es la establecida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), que se distingue según la intensidad como episodios depresivos leve, moderado y grave con o sin síntomas psicóticos, incluyendo otros episodios depresivos (36).

2.2.10 Manifestaciones Clínicas.

Los síntomas más predominantes son los afectivos como la culpa, decaimiento, tristeza, dolor, además de los síntomas cognitivos como la baja autoestima, desconcentración, falta de atención y memoria, pérdida de energía, ideas suicidas; síntomas volitivos como retardo psicomotor, apatía, descuido en hábitos diarios y anhedonia; síntomas somáticos como fatiga, dolores, cefalea, insomnio (37).

2.2.11 Psicología en Enfermería.

El rol de enfermería asociado al cuidado de los pacientes busca no solamente la recuperación física sino mental del individuo, debido a aquello la enfermera debe poseer la capacidad de abordar a los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, siendo esto parte del manejo integral de la salud. El abordaje enfermero permite al resto de profesionales conocer desde otra perspectiva la condición del paciente y en conjunto plantear estrategias para lograr su mejoría.

Sin lugar a dudas este nuevo enfoque e integración de las diferentes ramas de la salud, facilita la mirada holística en la atención a los pacientes, lo cual conlleva a mejorar las relaciones profesionales y sobre todo permite mayor sensibilidad en la humanización del cuidado (38).

2.2.12 Test de Hamilton.

Creado por el psicólogo Max R Hamilton en 1959, este test consta de tres escalas, diseñadas para evaluar, depresión, ansiedad y estrés, para evaluar la depresión se usa la escala I, la misma que consta de 21 ítems los cuales se valoran de forma cuantitativa con puntajes que van desde 0 a 52 puntos, valores que son asignados de acuerdo a la información recabada durante la entrevista con el paciente. Para los resultados de este test existen niveles los cuales son: No presenta depresión (0 a 7 puntos), depresión ligera (8 a 13 puntos), depresión moderada (14 a 18 puntos), depresión severa (19 a 22 puntos) y depresión muy severa (>23 puntos) (39).

2.2.13 Teoría de Callista Roy.

A través del tiempo, la enfermería ha pasado por un proceso de transición, puesto que se ha enfrentado a diversos retos donde la adquisición de conocimiento ha sido uno de los principales motivos para la mejora de las actividades de cuidado hacia los pacientes y comunidad, para promover su reconocimiento como disciplina profesional. Para lograr este objetivo destacadas profesionales en el área han diseñado diversos modelos conceptuales y teóricos de atención, nacidos desde la indagación filosófica y la práctica clínica (40).

Uno de los modelos con mayor aceptación, aplicable a la práctica de enfermería, en pacientes con problemas psicológicos desencadenados por el padecimiento de enfermedades físicas de base, es el Modelo de adaptación de Callista Roy (1970). Este modelo brinda al individuo las herramientas necesarias para actuar frente a diferentes cambios ocasionados por el entorno que lo rodea (40).

Ciertamente, el proceso de afrontamiento es un multidimensional y jerarquizado por lo que surge la necesidad de que sea analizado desde la perspectiva de adaptación de las personas. Roy desde su modelo adaptativo contextualiza al proceso de adaptación y afrontamiento, basándose fundamentalmente en los subsistemas reguladores y cognitivos, abarcando procesos cognitivos, internos y centrales como entes de respuesta y salida ante algún tipo de tratamiento que requiera la aplicación del mismo (40).

Además, esta teoría considera la existencia de estímulos focales, contextuales y residuales, responsables en cierta medida de la manifestación de la problemática en relación a la salud mental.

- Los estímulos focales, hacen referencia a cómo las personas deben confrontar de manera inmediata algún evento o enfermedad que requiere de mucha energía
- Los estímulos contextuales, se refieren a las situaciones que influyen de manera directa en la forma en cómo el paciente reacciona ante dicha situación.
- Los estímulos residuales, se encuentran en el entorno; por ende, influyen en la actitud y creencia del paciente, convirtiéndose en factores contextuales.

Los estímulos ayudan al afrontamiento de situaciones, con la finalidad que el individuo pueda controlar esta situación y mantener la salud (41).

El modelo de adaptación de Callista Roy se centra principalmente en la práctica de enfermería revelando que la implementación de la misma tiene grandes éxitos en la mejora de los enfermos, este modelo es utilizado en diferentes países. Destaca las características de una disciplina orientada a la práctica, la docencia y la investigación, tomando en cuenta objetivos, el accionar de enfermería y pacientes (41).

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1 Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo descriptivo, cualitativo, transversal, debido a que se describe la problemática en relación a la tuberculosis y su asociación con la depresión en un paciente del primer nivel de atención.

3.1.2 Unidad de análisis.

Paciente ambulatorio de sexo femenino de 28 años de edad con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, atendido y controlado en el centro de salud Amazonas de la ciudad de Machala.

3.1.3 Área de estudio.

El estudio se llevó a cabo en el centro de salud tipo “A” Amazonas de la ciudad de Machala, provincia de El Oro.

3.1.4 Tipo de estudio.

Estudio de tipo observacional, con el fin de conocer de qué manera el diagnóstico de tuberculosis pulmonar ha afectado la salud mental del paciente.

3.1.5 Método de estudio.

En el presente estudio se usó el método clínico el mismo que nos permitió analizar profundamente el estado de salud del paciente desde una visión holística.

3.1.6 Técnicas de Investigación.

- **Observación directa:** Se identificó el caso clínico, seguidamente registró todos los datos que se pudieron obtener de la observación.
- **Entrevista abierta:** Realizada durante visita domiciliaria, donde se obtuvieron datos referentes a situación actual en relación a su salud mental y física.
- **Revisión documentada:**
- Investigación de fuentes bibliográficas confiables como Scielo, Redalyc, Medigraphic, Dialnet, entre otras.

3.1.7 Instrumentos de investigación.

- Base de datos de artículos científicos
- Revistas científicas en línea
- Test de Hamilton - Escala 1 (Depresión)

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.

Se presentaron los oficios correspondientes tanto a coordinación de carrera como al gerente del centro de salud Amazonas, para que se nos permita acceder a datos relevantes del paciente en relación a su patología. Adicionalmente concretamos una cita con el paciente y le informamos nuestras intenciones de plasmar con fines académicos su caso de forma anónima en este estudio, accedió y para constancia de aquello firmó el consentimiento informado.

3.3 Aspectos éticos legales.

3.3.1 Confidencialidad:

Se comunicó al paciente los objetivos del estudio y la garantía del anonimato de su identidad.

3.3.2 Autonomía:

El paciente de forma libre y voluntaria accedió a que se tome en cuenta su caso en la presente investigación.

3.3.3 Beneficencia:

Se determinó que el plan de cuidados de enfermería que se obtenga de esta investigación será de beneficio para el paciente y para la comunidad estudiantil, estos últimos podrán usar el mismo para aplicarlo en la práctica diaria o como base de posteriores investigaciones.

3.4 Sistema de categorización en el análisis de los datos.

3.4.1 Categorías de análisis:

En este estudio de caso se realizó una investigación exhaustiva de los datos personales y clínicos de la paciente a través de una entrevista realizada durante visita domiciliaria. La información recogida se presenta a continuación:

3.4.2 Anamnesis:

3.4.2.1 Antecedentes patológicos personales:

Tuberculosis pulmonar

3.4.2.2 Antecedentes patológicos familiares:

No refiere

3.4.2.3 Constantes Vitales:

Tabla 1

Signos Vitales.

Frecuencia respiratoria	20 rpm	Temperatura	36,5 C
Frecuencia cardiaca	72 lpm	Saturación de oxígeno	98%
Tensión arterial sistólica	100 mmhg	Tensión arterial diastólica	70 mmhg

Fuente: Elaborado por los autores con datos recogidos en visita domiciliaria realizada a la paciente.

3.4.3 Examen físico:

Tabla 2

Examen físico céfalo - caudal.

Piel	Pálida, escamosa.
Fosas Nasales	Permeables, leve aleteo Nasal
Cabeza	Normo cefálico.
Ojos	Reactivos, isocoria.
Boca	Paladar íntegro sin alteración, mucosas semihúmedas.
Tórax	Campos ventilados, ruidos cardiacos rítmicos
Abdomen	Blando, depresible a la palpación, sin visceromegalias.
Extremidades	Superiores e inferiores simétricos, móviles.

Fuente: Elaborado por los autores con datos recogidos en entrevista realizada a la paciente.

3.4.4 Valoración psicológica:

Tabla 3

Valoración psicológica.

Orientación	Consciente, orientada en tiempo espacio y persona.
Atención	Distraída, demora en responder preguntas, refiere insomnio.
Memoria	Pide que le repitan varias veces las preguntas, olvida realizar tareas del hogar.

Pensamiento	Piensa constantemente en su enfermedad y las consecuencias que puede ocasionar.
Afecto	Deprimido, aislada en una habitación, desalentada, llanto por las noches.
Lenguaje	Coherente, comprensible, denota tristeza.

Fuente: Elaborado por los autores con datos recogidos en entrevista realizada a la paciente.

3.4.5 Diagnóstico médico:

Tuberculosis Pulmonar Sensible a Rifampicina

3.4.6 Evaluación de depresión - Test de Hamilton:

Tabla 4

Test de Hamilton - Escala 1

Test de Hamilton - Escala 1: Depresión						
Frases	Nunca	Algunas Veces (1 punto)	Bastantes Veces (2 puntos)	Casi Siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)	Total
21 ítems	-	6	7	5	3	
Total	-	6	14	15	12	47

Fuente: Elaborado por los autores

Análisis: En cuanto a la aplicación de la escala 1 del test de Hamilton, relacionada con la depresión, el paciente obtuvo en la cuantificación de los resultados un total de 47 puntos, ubicando su estado depresivo en un nivel muy severo. Lo que nos permite determinar que el percibe no haber recibido apoyo suficiente de sus seres queridos para afrontar su patología y las implicaciones físicas - mentales que acarrea la misma.

3.4.7 Proceso de Atención de Enfermería:

Tabla 5

Plan de Cuidados de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería					
Diagnóstico de Enfermería:		Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC)			
Dominio 12: Confort	Clase 3: Confort social	Resultado: Implicación social (1503)			
		Dominio :	Indicadores:	Escala de Medición:	Puntuación Diana:
00053 Aislamiento social r/c conducta socialmente inadecuada y alteración del estado mental m/p afectividad triste y apagada		3: Salud psicosocial	(150303) Interacción con miembros de la familia.	Ninguno Escaso Moderado Sustancial Extenso.	Mantener: 0 Aumentar : 4
		Clase: P: Interacción social	(150311) Participación en actividades de ocio.		
Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)					
(5100) Potenciación de la socialización.			(5440) Aumentar los sistemas de apoyo.		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivar al paciente para que desarrolle relaciones de confianza con personas con las que comparta intereses comunes. ➤ Promover el compartir problemas y dificultades con los demás para 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Animarlo a participar en actividades sociales y comunitarias de su interés. ➤ Incluir a los miembros de la familia o amigos cercanos en los 		

<p>sentirse apoyado y entendido.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sugerir al paciente formar parte de grupos de apoyo de pacientes con enfermedades comunes.➤ Educar al paciente en temas relacionados con el aspecto personal e incentivar a mejorarlo.➤ Reforzar de manera positiva todo tipo de contacto establecido con los demás.	<p>cuidados y planificación de los mismos para el mejoramiento del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Explicar, educar, concienciar a los demás implicados cuales son las maneras adecuadas de brindar su apoyo al paciente.➤ Potenciar toda muestra de cariño y aliento al paciente de parte de sus seres queridos, sin que aquello denote carga o sobreprotección.
---	--

Fuente: Elaborado por los autores

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 Descripción y Argumentación teórica del proceso.

El presente estudio de caso se realizó a una paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar sensible, que presentaba síntomas de depresión, característica que coincide con un estudio realizado en Perú por César Bonilla y demás autores (2019), donde se estudió a 110 pacientes con tuberculosis para evaluar la depresión, del total de estudiados, el 55,4% estuvo representado por aquellos cuyo diagnóstico era tuberculosis pulmonar sensible, de los cuales el 32,7% fue detectado con depresión leve, en este sentido se puede deducir que la tuberculosis sensible afecta a gran porcentaje de la población y que a su vez causa niveles de depresión leve (42).

En relación a los estilos de vida de la paciente de nuestro estudio, se destaca el consumo de alcohol y tabaco, en moderada cantidad, práctica que no ha abandonado a pesar de conocer su diagnóstico y las complicaciones asociadas al consumo de estas sustancias, estilo de vida que coincide con los pacientes con enfermedades respiratorias estudiados por Alma Madrigal y demás autores (2021), en la ciudad de México, donde el 28,8% de los estudiados consumían alcohol y tabaco, demostrando que algunos pacientes son renuentes a abandonar hábitos tóxicos a pesar de conocer las implicaciones para la salud sobre todo cuando se sufre de enfermedades respiratorias (43).

En relación a los síntomas de depresión, la paciente en estudio, manifestó experimentar llanto nocturno, tristeza, aislamiento, distracción y pensamientos negativos desencadenados a partir del diagnóstico de tuberculosis, por ende, al evaluar a la paciente por medio del Test de Hamilton se obtuvo como puntuación 47, lo que determinó depresión mayor o muy grave. Esta afirmación se relaciona con la manifestada por los pacientes estudiados por Llanos y Ponce (2019), en su artículo denominado Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis, quienes detectaron que el 60% de los pacientes en estudio, presentaban síntomas relacionados con depresión, de los cuales el 76% eran pacientes que debutaban con la enfermedad (44).

Asimismo, Ferreira y demás autores en su artículo Seguimiento de la depresión en las prácticas de atención primaria de salud de las personas enfermas de tuberculosis obtuvieron como resultados, que un 48% de pacientes presentaron síntomas depresivos de los cuales el 81% tuvieron una gravedad de leve a severa, entre los síntomas más destacados estuvieron el estado de ánimo depresivo y anhedonia con un 58%. En este sentido se recalca que las personas que padecen tuberculosis son propensas a desarrollar depresión, fenómeno que tiene implicaciones sociales y culturales relacionadas con la estigmatización de los pacientes (45).

El plan de cuidados de enfermería basado en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy ayudó a disminuir los síntomas depresivos, por ende, mejoró el estado anímico en la paciente. Similares resultados obtuvieron Álvarez y demás autores en su artículo denominado Efectividad de intervención de Enfermería para disminuir la depresión de personas en el preoperatorio cardiovascular, debido a que lograron disminuir los niveles de depresión de un 79,54% a un 3,40%, mediante la implementación de intervenciones de enfermería basadas en la teoría de Sor Callista Roy. Lo que nos lleva a concluir que este modelo de intervención es efectivo en casos de depresión post diagnóstico de enfermedades, incluida la tuberculosis pulmonar (46).

4.2 Conclusiones.

La realización de estudios de caso, permiten conocer de manera profunda y directa la clínica de los pacientes con tuberculosis desde una perspectiva holística para enriquecer el conocimiento y sentar bases de investigación.

En este estudio de caso se determinó que el nivel de depresión que presenta el paciente es alto, recalcando que el test aplicado busca conocer su percepción, la misma que puede o no estar apegada a la realidad. Por lo tanto, es necesario ahondar aún más en este tipo de investigaciones, haciendo partícipes a la familia del paciente, para pasar de la percepción a datos que reflejen la realidad desde todos los puntos de vista, además de someter al paciente a otro tipo de estudios para descartar problemas de orden psicológico anteriores al padecimiento de tuberculosis. Luego de la recolección de información y valoración de los sistemas se diseñó un plan de cuidados basados en la teoría de Sor Callista Roy enfocándonos en la salud mental del paciente, la misma que no había sido abordada anteriormente y su adaptación al cuadro clínico actual. Dentro de los resultados debemos destacar que en el plazo de intervención se observó mejoras en cuanto a su estado anímico lo que desencadenó una reducción del impacto psicológico generado por la enfermedad.

4.3 Recomendaciones.

Se recomienda a los estudiantes y profesionales de salud, vigilar de cerca la salud mental de los pacientes, debido a que en muchas ocasiones nos enfocamos solo en el plano físico descuidando la psiquis del mismo.

Realizar investigaciones que permitan desarrollar planes de cuidado individualizados que sean resultado de la enfermería basada en la evidencia, para mejorar las condiciones generales de vida de los pacientes y su entorno cercano.

La creación y potenciación de clubes de apoyo psicológico, liderados por profesionales de la salud, donde los pacientes sientan la libertad de expresar sus temores y necesidades, sin ser juzgados ni estigmatizados.

En relación a los cuidados de enfermería se recomienda que sean aplicados desde el primer contacto con el paciente, debido a que nuestra labor es mejorar su estado de salud a través del proceso de atención de enfermería.

4.4 Bibliografía

1. Antolinez-Figueroa C, Jiménez-Chala E-A, Caguazango-Atiz P-C, Urrego Parra HN, Cantor-Cutiva L-C, Muñoz-Sánchez A-I. Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con tuberculosis: una revisión sistemática de literatura. Rev. investig. innov. Cienc. Salud. [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];4(1):92-108. Disponible en: <https://riics.info/index.php/RCMC/article/view/77>
2. Paho [Internet]. Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2020 [citado 23 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20\(TB\)%20es%20una,personas%20con%20enfermedad%20pulmonar%20activa](https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20(TB)%20es%20una,personas%20con%20enfermedad%20pulmonar%20activa)
3. Kay AW, González Fernández L, Takwoingi Y, Eisenhut M, Detjen AK, Steingarta KR, et al. Pruebas Xpert MTB/RIF y Xpert MTB/RIF Ultra para la tuberculosis activa y la resistencia a la rifampicina en niños. Rev. Diagnostic. [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];35(9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013359.pub2/full>
4. Camacho-Badilla K, Camilo-de Amarante E, Martínez De Cuellar C, Castillo- Bejarano JI, Mascareñas-De Los Santos AH, López-López P. Tuberculosis en América Latina y su impacto en pediatría. Rev. Latin. Infect. Pediatr. [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];33(2):66-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94416>
5. Upegui-Arango LD, Orozco LC. Estigma hacia la tuberculosis: validación psicométrica de un instrumento para su medición. An. Fac. med. [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];80(1):12-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100003&lng=es
6. Muñoz del Carpio-Toia A, Sánchez H, Vergés de López C, Sotomayor MA, López Dávila L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. Pebi. [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2023];22(2):331-357. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/9086>

7. Cristerna Tarrasa GH, Hernández Soto AA, Castillo Bejarano JI, González Saldaña N. Factores de predicción de inmunodeficiencias en niños con tuberculosis: experiencia de un hospital de tercer nivel en México. *Rev. Latin. Infect. Pediatr.* [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];35(2):67-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106657>
8. Bustamante Paredes RA, Quintero Montaña H. Vista de Resistencia a Rifampicina en Tuberculosis Pulmonar y su relación en pacientes con mala adherencia al tratamiento antifímico. *Rev. Cien. Arbi. Mult. Pentaciencias.* [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];4(5):172-193. Disponible en: <http://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/166/383>
9. Researchgate.net. [Internet]. México: Herrera y Camarena; 2023 [citado 23 Abr 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Herrera-Huerta-2/publication/366182676_Temas_selectos_en_neurociencias_y_psiquiatria/links/6395747fe42faa7e75b39ea2/Temas-selectos-en-neurociencias-y-psiquiatria.pdf#page=152
10. Molina-Chailán P, Mendoza-Parra S, Sáez C.K, Cabrera F.S. Perfil biopsicosocial del paciente con tuberculosis y factores asociados a la adherencia terapéutica. *Rev. Chil. Enferm. Respir.* [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];36(2):100–108. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482020000200100&script=sci_arttext&tlng=en
11. Llanos-Tejada F, Ponce-Chang C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Rev. Neuropsiquiatr.* [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];82(2):103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000200002
12. Leyton A. F, Barrera A. Bipolar depression and unipolar depression: differential diagnosis in clinical practice. *Rev. Med. Chile.* [Internet]. 2010 [citado 23 Abr 2023];138(6):773–779. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000600017&script=sci_arttext&tlng=en

13. Escobar S. N. Situación epidemiológica de la tuberculosis en Chile en el escenario global 2018. Rev. Chil. Enferm. Respir. [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];35(1):63-70. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482019000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Silva G, Pérez F, Marín D. Tuberculosis en niños y adolescentes en Ecuador: análisis de la notificación, las características de la enfermedad y el resultado del tratamiento. Rev. Panam. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];43:1-9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51756>
15. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2013 [citado 23 Abr 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9161:2013-mopece-training-modules-epidemiology&Itemid=0&lang=es
16. Jonis-Jiménez M, Guzman-Reinoso RS, Llanos-Tejada FK. Síntomas depresivos, riesgo de abandono y mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensible en un centro de salud de Lima, 2016-2020. Rev. Neuropsiquiatr. [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];84(4):297–303. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972021000400297&script=sci_arttext
17. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev. Méd. Hondur. [Internet]. 2021 [citado 23 abril 2023];89(1):1-68 Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>
18. Alcívar Solórzano LP, Arteaga Intriago MA, Cando Suviaga MA, Vines Sornoza TP, Macías Alcívar EM, Cevallos Garay WA. Factores que inciden para la presencia de tuberculosis. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2023];4(4):69-97. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6657248>
19. Tello Mendoza MA, Jiménez Delgado LA, Falconi Peláez SV. Perfil epidemiológico de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en un área de salud comunitaria. Rev. Pol. Con. [Internet]. 2023 [citado 23 Abr 2023];8(1):1034-1048. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5117/12437>
20. De Sousa Meneses Brandão SA, Evangelista de Araújo TM, Soares Queiroz G, De Tarso Moura Borges P, Fronteira I. Validación: instrumento sobre la infección latente por

- tuberculosis en profesionales de la salud. *Enf. Global* [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];22(1):448-449. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/517721>
21. Vines Zambrano MI, Delgado Macías JC, Espinoza Vallejo MA, Espín Jiménez JA, Álvarez Salavarría GM, Mitte Baque YS. Control frente a la prevalencia de la tuberculosis. *Rev. RECIMUNDO* [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2023];2(4):239-269. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/352>
 22. Garza-Velasco R, Ávila-de Jesús J, Perea-Mejía LM. Tuberculosis pulmonar: la epidemia mundial continúa y la enseñanza de este tema resulta crucial y compleja. *Rev. Unan* [Internet]. 2017 [citado 23 Abr 2023];28(1):143–152. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/req/article/view/63890>
 23. Luna-Herrera J, Pérez-Martínez DE, Barradas-Hernández VM y Zenteno-Cuevas R. Nanopartículas como transportadores de fármacos: Una herramienta prometedora contra la tuberculosis. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública* [Internet]. 2021 [citado 23 Abr 2023];38(1):143–152. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000100143
 24. Mota IE, Ruvalcaba Ledezma JC. Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];4(2):197–209. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2833>
 25. Jave C. HO, Contreras M. M, Hernández U VA. Situación de la tuberculosis multirresistente en Perú. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2017 [citado 23 Abr 2023];34(2):114–125. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200007
 26. Robledo J. Control de la tuberculosis multirresistente a fármacos: un objetivo posible. *Biomédica*. [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];39(3):431-433. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357360/>
 27. Águila Rodríguez N, Delgado Acosta H, Rodríguez Buergo D, Rodríguez Fernández L, Gutiérrez Castro R, Bravo Polanco E. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con tuberculosis en el municipio de Cumanayagua. Provincia Cienfuegos. 2007-2017. *Medisur* [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2023];16(5):647–654. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000500006

28. Maldonado S, Lozano AS, Ludeña TJ, Delgado NF. Patrón mliar y tuberculosis: sugestivo, pero no exclusivo. Rev. Chil Radiol [Internet]. 2022 [citado 23 Abr de 2023];28(3):119-122. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-93082022000300119&script=sci_arttext
29. Ruíz Blasco E, Segura Fernández E, Lanseros Tenllado J, Fábregas Ruano MT. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas en pacientes en situaciones especiales. Medicine [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];13(53):3088–3099. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541222000865>
30. González López MJ, González Borroto L, Sotolongo Amechazurra JA, Corzo Rodríguez R, Méndez Mederos HL. Programa de intervención comunitaria dirigido a pacientes con riesgo de tuberculosis pulmonar. Rev. Cub. Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];45(3):e1522. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000300003
31. Goncalves Camillo AJ, Lima Ferreira MR, Bossonario PA, De Paula Andrade RL, Saita NM, Menezes de Rezende CE, et al. Factores asociados al fallecimiento por tuberculosis y VIH/sida en cárceles: revisión integradora. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];35:eAPE01606. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/SNjFX3KZML8HxVjfXHGZGqs/abstract/?lang=es>
32. Peña MC. Tuberculosis latente: diagnóstico y tratamiento actual. Rev. Chil. Enferm. Respir. [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];38(2):123–130. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482022000200123&script=sci_arttext
33. Grave de Peralta YT, Grenot Texidor YG, Guillen Guillan JR, Silveria Digón S, Legra Alba N. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];24(1):29–41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100029
34. Palmero D J, Lagrutta L, Inwentarz SJ, Vescovo M, Aidar OJ., González Montaner PJ. Tratamiento de la tuberculosis drogorresistente en adultos y niños. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2022 Feb [citado 23 Abr 2023];82(1):117-129. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000100117&lng=es.

35. Bidegain EA. Movilidad y condiciones de vida de pacientes en tratamiento de tuberculosis pulmonar. *Alteridades* [Internet]. 2022 [citado 23 Abr 2023];32(63):119–133. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-70172022000100119&script=sci_arttext
36. Rivarola Sosa A, Brizuela M, Rolón-Ruiz Díaz A. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev. salud pública Parag.* [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];9(2):9-15. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492019000200009&lng=en
37. Quintero López C, Gil Vera VD. Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación. *Rev. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.* [Internet]. 2021 [citado 23 Abr 2023];21(1):1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8456891>
38. Zaraza Morales DR, Contreras Moreno JR. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2023];49(4):305–310. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400305
39. Rivarola Sosa A, Brizuela M, Rolón-Ruiz Díaz A. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev. salud pública Parag.* [Internet]. 2019 [citado 23 Abr 2023];9(2):9–15. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492019000200009

40. Do Carmo Eleto Hamadé Hamadé D, De Souza Moraes C, Cabral Pereira da Costa C, Oliveira Duarte Martins M. Nursing diagnoses with coronary patients in the light of Calista Roy's theory / Diagnósticos de enfermagem com pacientes coronariopatas à luz da teoria de Callista Roy. Rev. Pesqui Cuid é Fundam Online [Internet]. 2021 [citado 23 Abr 2023];12:130–137. Disponible en: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7137>
41. Bastos Pires SM, Lopata C, Biancato Bastos CR, Gomes Torres FB, Gomes DC, Cubas MR. CALLISTA ROY'S THEORY IN RESEARCH IN BRAZILIAN GRADUATE. Enferm. Foco [Internet] 2022 [citado 23 Abr 2023];13(1):e-202233ESP1. Disponible en: <https://enfermfoco.org/en/article/callista-roys-theory-in-research-in-brazilian-graduate/>
42. Bonilla Asalte CA, Rivera Lozada IC, Rivera Lozada O. Depresión en pacientes con tuberculosis en una región del Perú: Un estudio transversal, Rev. Inv. Uni. Nor. Wie. [Internet] 2019 [citado 23 Abr 2023];(8):43-51. Disponible en: <https://revistadeinvestigacion.uwiener.edu.pe/ojs/index.php/revistauwiener/article/view/42/20>

43. Vista de Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias [Internet]. *Psicologiaysalud.uv.mx*. [citado 23 Abr 2023];31(2):323-332. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2700/4575>
44. Llanos-Tejada Félix, Ponce-Chang César. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis: Una exploración preliminar de datos. *Rev. Neuropsiquiatra* [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Abr 23];82(2):104-109. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000200002&lng=es
45. Silva TCF da, Prado TN do, Gerszt PP, Daré IB, Sales CMM, Vieira ACBC, et al. seguimiento de la depresión en las prácticas de atención primaria de salud de las personas enfermas de tuberculosis. *Enferm Em Foco* [Internet]. 2021 [citado 23 Abr 2023];12(4):675–681. Disponible en: <https://enfermfoco.org/es/article/seguimiento-de-la-depresion-en-las-practicas-de-atencion-primaria-de-salud-de-las-personas-enfermas-de-tuberculosis/>
46. Álvarez-Pelegrino A, Miguel-Vázquez Y, Garzón-Patterson M, Hernández-Navas M, Aguirre-Raya D. Efectividad de intervención de Enfermería para disminuir la depresión de personas en el preoperatorio cardiovascular. **Revista Cubana de Enfermería** [Internet]. 2023 [citado 23 Abr 2023];39(1):e6086. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6086/938>

4.5. Anexos.

Imagen 1: Test de Hamilton aplicado al paciente.

TEST DE HAMILTON – ESCALA I		N	A	B	C	S
1.	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad		X			
2.	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					X
3.	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.			X		
4.	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.		X			
5.	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.		X			
6.	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.			X		
7.	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.			X		
8.	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.				X	
9.	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.		X			
10.	Recelo de los demás, no me flo de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.		X			
11.	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.				X	
12.	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.			X		
13.	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					X
14.	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.			X		
15.	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.				X	
16.	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.				X	
17.	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.			X		
18.	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.		X			
19.	No se lo que pasa, me siento confundido.			X		
20.	Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)				X	
21.	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					X

Imagen 2: Oficio para solicitar historia clínica de la paciente.


UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.I. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez

Machala, 24 de marzo del año 2023

Dr.

DIRECTOR DEL SUBCENTRO AMAZONAS
PRESENTE.-

de mis consideraciones:

Yo, HECTOR EMANUEL MADRIZ ABAD Y JULEISY DAYANNA JARAMILLO JARAMILLO con C.I. 0706012564 Y C.I. 0706141397 , estudiantes del NOVENO SEMESTRE de la carrera de ENFERMERÍA de LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD me dirijo usted para solicitar de la forma más comedido y respetuosa lo siguiente:

Es de en interés que se me conceda la historia clínica de la paciente *Jessyfer Rosalva Boero Ramirez* con CI *030416230*... Para utilizar la patología que presenta con fines expositivos el investigativos para el proceso de titulación correspondiente a la siguiente etapa de mi carrera profesional por lo que me permito solicitar a usted autorice el acceso desinformación inicialmente mencionado.

agradeciendo su atención a la presente hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi mayor estima profesional

ATENTAMENTE:


.....
HECTOR EMANUEL MADRIZ
CI: 0706012564
JULEISY DAYANNA JARAMILLO
CI: 0706141397


.....
Juleisy Boero
CI: 070616230

Imagen 3: Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.I. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez

Machala, 24 de marzo del año 2023

Sra.

PRESENTE.-

de mis consideraciones:

Yo, HECTOR EMANUEL MADRIZ ABAD Y JULEISY DAYANNA JARAMILLO JARAMILLO con C.I. 0706012564 Y C.I. 0706141397 , estudiantes del NOVENO SEMESTRE de la carrera de ENFERMERÍA de LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD me dirijo usted para solicitar de la forma más comedida y respetuosa lo siguiente:

Es de interés que se me conceda su consentimiento para realizar la patología que que presenta con fines expositivos e investigativos para el proceso de titulación correspondiente a la siguiente etapa de mi Carrera profesional por lo que me permito solicitar a usted autorice llevar un seguimiento clínico a su caso inicialmente mencionado.

Agradeciendo su atención a la presente Hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi mayor estima profesional.

ATENTAMENTE:


HECTOR EMANUEL MADRIZ
CI: 0706012564
JULEISY DAYANNA JARAMILLO
CI: 0706141397


Jennifer Molina
CI: 0706716230