



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS  
PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
FLOR DE AMANCAES, RIMAC 2023”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:**

ASENCIO HUAMÁN, MALENI LISSET  
<https://orcid.org/0009-0005-2499-4446>

CERON CRUZ, JAZMIN LISBETH  
<https://orcid.org/0009-0000-3249-4250>

**ASESOR:**

Dr. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY  
<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

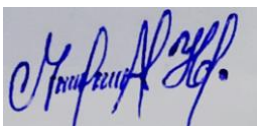
**AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE  
AUTORÍA Y ORIGINALIDAD**

Yo, **ASENCIO HUAMAN MALENI LISSET**, con DNI **73812171**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL** (grado o título profesional que corresponda) de título **“DEPRESION EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD FLOR DE AMANCAES, RIMAC 2023”**,

**AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO<sup>1</sup>** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de **DIECICEIS (16%)** y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento el 15 del mes de junio del año 2023.



---

ASENCIO HUAMAN MALENY LISSET  
7381217173812171



---

DR. MATTA SOLÍS, EDUARDO PERCY  
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

## AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **CERON CRUZ JAZMIN LISBETH**, con DNI **74570887**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL** (grado o título profesional que corresponda) de título **“DEPRESION EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD FLOR DE AMANCAES, RIMAC 2023”**,

**AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO<sup>1</sup>** que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de DIECICEIS (16%) y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento el 15 de junio del 2023.



---

CERON CRUZ JAZMIN LISBETH  
74570887



---

DR. MATTA SOLIS, EDUARDO PERCY  
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

## JAZMIN\_CERON\_CRUZ\_Y\_LISSET\_ASENCIO\_HUAMAN-f.docx

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	9%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	psiquiatria.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%

**LIMA – PERÚ  
2023**

**Índice general**

Índice general .....	v
Índice de Tablas .....	vi
Índice de Figuras .....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
III. RESULTADOS .....	24
IV. DISCUSIÓN .....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	35
ANEXOS .....	40

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	24
<b>Tabla 2.</b> Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	25
<b>Tabla 3.</b> Depresión por dimensiones en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	26

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	25
<b>Figura 2.</b> Nivel de depresión respecto a su dimensión Área Cognitiva, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	27
<b>Figura 3.</b> Nivel de depresión respecto a su dimensión Área física o conductual, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	28
<b>Figura 4.</b> Nivel de depresión respecto a su dimensión Área afectiva, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45). .....	29

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable o variables .....	41
<b>Anexo B.</b> Instrumentos de recolección de datos .....	42
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado y/o Asentimiento informado .....	42



## Resumen

**Objetivo:** determinar la depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, Rímac 2023. **Materiales y método:** enfoque de estudio cuantitativo, no experimental, transversal de alcance descriptivo. La población que conformó el estudio, fueron los pacientes contagiado de tuberculosis, atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, ubicado en el distrito Rímac, durante los meses de marzo y abril de 2023. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck, que fue construido por Aaron Beck en 1961, tiene una escala de respuesta de tipo Likert en 4 puntos, puntuando de 0 a 3, con excepción de ítems 16. **Resultados:** el 42,96%(N=19) de pacientes tuvieron depresión moderada; seguido del 37,04%(N=17) que tuvieron depresión leve; mientras que sólo el 20,00%(N=9) tuvieron depresión severa; en las dimensiones cognitiva y física/conductual, los resultados fueron similares; a diferencia de la dimensión afectiva el (42,22%) tuvieron depresión leve, seguido del 37,78%(N=17) tuvieron depresión moderada, a diferencia del 20,00%(N=9) de pacientes que tuvieron depresión severa. **Conclusiones:** La depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa.

**Palabras clave:** depresión, tuberculosis, pacientes (DeCS).

## Abstract

**Objective:** to determine depression in patients with tuberculosis treated at the Flor de Amancaes health center, Rímac 2023. **Materials and method:** quantitative approach, of non-experimental, descriptive cross-sectional design. The population consisted of 45 patient with tuberculosis treated at the Flor de Amancaes health center, located in the Rímac district, during the months of March and April 2023. The instrument used was the Beck depression inventory, which was built by Aaron Beck in 1961, has a 4-point Likert-type response scale, which is scored from 0 to 3, with the exception of 16 items. **Results:** 42.96% (N=19) of patients had moderate depression; followed by 37.04% (N=17) who had mild depression; while only 20.00% (N=9) had severe depression; on the cognitive and physical/behavioral dimensions, the results were similar; unlike the affective dimension (42.22%) had mild depression, followed by 37.78% (N=17) had moderate depression, unlike 20.00% (N=9) of patients who had severe depression . **Conclusions:** Depression in patients with pulmonary tuberculosis treated at the Flor de Amancaes Health Center was mostly moderate; followed by mild depression and severe depression.

**Keywords:** depression, tuberculosis, patients (MeSH).

## I. INTRODUCCIÓN

En 2018, 1700 millones de individuos fueron contagiados con el *Mycobacterium tuberculosis*, lo cual representan el 23,00% del total de población en el mundo aproximadamente. La TB es la principal patología infecto-contagiosa de elevada mortalidad a nivel del mundo, afectando 1,5 millones de vidas por cada año. De los 10 millones de individuos que se contagiaron de TB durante el 2018, cerca de 3 millones estuvieron “perdidos” por los sistemas de salud y no recibieron las atenciones que necesitaban, lo cual permiten que esta patología persista en su transmisión (1).

Según la estimación de la OMS, en el 2018, 300 millones de personas viven actualmente con depresión y, sin duda, la mayoría de las personas que entran en esta categoría probablemente sean pacientes que padecen tuberculosis u otras enfermedades crónicas. Esto se ha informado en muchos estudios que hay un aumento de tres a seis veces en la tendencia a deprimirse debido a la TB y las comorbilidades asociadas. Estas condiciones plantean una mayor amenaza para la salud pública porque pueden conducir al incumplimiento de la medicación(2).

Un estudio realizado en Irán, en el 2015, en 146 pacientes hospitalizados por tuberculosis, halló que, las puntuaciones medias antes del inicio del tratamiento inicial de los pacientes fueron significativamente más bajas para la ideación paranoica ( $P=0,038$ ) y la hostilidad ( $P= 0,046$ ), y las puntuaciones de depresión ( $P=0,046$ ) y somatización ( $P=0,001$ ) fueron significativamente mayor que la de los individuos sanos (3).

Tanto la tuberculosis (TB) como la salud mental son prioridades sanitarias mundiales urgentes, con 1,4 millones de muertes por TB en todo el mundo en 2019 y aproximadamente el 14 % de la carga mundial de morbilidad atribuible a los trastornos neuropsiquiátricos. Cada vez se reconoce más que la salud física y mental son interconectadas. Las enfermedades mentales son muy prevalentes

entre los pacientes con TB y viceversa, y la mala salud mental se asocia con una menor búsqueda de tratamiento y cumplimiento y, por lo tanto, con una mayor morbilidad, mortalidad, transmisión y resistencia a los medicamentos (4).

Una revisión de 100 artículos de estudios en inglés publicados entre 2000 y 2019 y revisada por pares, utilizando pautas establecidas, para cada uno de los objetivos del estudio, reveló que, existe un conjunto emergente de evidencia que describe la naturaleza y el alcance de la comorbilidad de la tuberculosis y los trastornos mentales en países de ingresos bajos a medios. Esta revisión destaca una necesidad pronunciada de abordar las comorbilidades psicosociales con la tuberculosis en los países de ingresos bajos y medianos (5).

En general, el 3% de los casos de TB en el mundo son notificados en América Latina con una tasa de mortalidad del 7.00%. En el 2017, la incidencia de TB en América del Sur fue de 46,2 por 100 000 individuos, con números correspondientes al Caribe y Centro América de 61,2 y 25,9 por 100 000, respectivamente. La sintomatología epidemiológica de la enfermedad de la TB es diferente en forma considerable entre países de Latinoamérica. Tres países, México, Brasil y Perú, representan un poco más del 50% de la casuística en el continente americano. Perú tiene una elevada incidencia de 116 por 100.000 personas, Brasil 44 x 100.000 y México 22 x 100.000 habitantes (6).

Según el informe regional 2020 denominado tuberculosis en las Américas, la OMS estima que en el año 2019 hubo más de 290,000 nuevos casos y recaídas de tuberculosis, en toda la región de las Américas. Asimismo, nos indica la situación de tuberculosis en el año 2019 en todas las formas de TB tenemos casos estimados de 290,000 (269,000 - 311,000) casos con unas muertes estimadas de 22,900 (22,000 a 24,600), y en cuanto a TB con VIH tenemos 29,000 (27,000 a 32,000) con muerte estimada de 5900 (5200 a 6600), y en cuanto a TB resistente rifampicina y multidrogo resistente tenemos casos estimados de 11,000 (9200 a 12,000) y muerte estimada de 1000 (870 a 1140) (7).

En América Latina según la organización Panamericana de salud (OPS) cada día mueren más de 70 personas y cerca de 800 personas contraen TB , para el año 2020 existían más de 18,300 niños con tuberculosis a nivel latinoamericano y la mitad de ellos fueron menores de 5 años (8).

Un estudio realizado en México, en el 2017, en 305 pacientes con tuberculosis, a quienes se les sometió a un estudio aplicando el cuestionario Beck, donde demostró una frecuencia muy alta de ciertos grados relacionados a depresión de pacientes con TB, una prevalencia en depresión de 61.00%; la mayor frecuencia se centra en el grupo de masculino. Además, los factores de edad y escolaridad fueron determinantes aunado a ellos las enfermedades adheridas que incrementó el nivel de la depresión(9).

A nivel nacional, Según el reporte de centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en 2020, en el Perú de tuberculosis anualmente registran 27.000 casos nuevos de esta enfermedad que están activos, 17.000 casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo. El Perú se ubica en la lista los 30 países que presenta mayor número de casos con tuberculosis (10).

Además, según OPS-Perú, hallaron que, el 14.00% de los casos estimados de tuberculosis en las Américas, siendo Lima y Callao ciudades de mayor concentración de casos en un 64% del total. A su vez, en ciertas zonas se concentraban, el 79.00% de TBC MDR y TBC XDR. Solo durante el año 2017, se notificaron más de treinta mil casos (11).

Un estudio realizado en Perú, en el 2017, en un hospital público, donde fueron evaluados 50 pacientes con TBC pulmonar, halló que, el 38% de pacientes fueron determinados como no adherentes y la depresión estuvo presente en un 76.00%. Se concluyó asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre los niveles de adherencia y la depresión, según los instrumentales utilizados (12).

Un estudio realizado en una región del País, en 110 pacientes con TBC, utilizando el instrumento PHQ-9, halló que, el 54,5% tuvo depresión, y estaba asociado

significativamente con el sexo, estado civil, ingresos económicos, tipo de tratamiento y nivel educativo (13).

Otro estudio, realizado en un establecimiento del primer nivel de atención, en el 2021, mostró que, las frecuencias del abandono de tratamientos fue de 18,3% (n=28), de pobre adherencia 43% (n=65) y de depresión 54% (n=82). Los síntomas depresivos se asociaron al abandono de tratamiento [RR= 2,16; IC95% (1,01-4,60)] y a pobre adherencia a los tratamientos [RR=2,09; IC95% (1,36-3,22)](14).

Visto los datos presentados, se evidencia que los casos de tuberculosis aún se mantienen cifras elevadas, a pesar de todos los esfuerzos desplegados por organismos nacionales e internacionales. Pero, sobre todo, el impacto que tiene la tuberculosis en la salud mental de los pacientes, produciendo ansiedad, depresión u otros, los cuales limitan el éxito en el tratamiento, siendo necesario investigar sobre los niveles de depresión en dicho grupo.

La depresión es una enfermedad médica común y grave que afecta negativamente cómo te sientes, cómo piensas y cómo actúas. Favorablemente, también es tratable. La depresión también provoca sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes las disfrutaba. Podría conducir a una variedad de problemas de emoción y físicos y puede disminuir su capacidad para funcionar en el trabajo y en el hogar. Existe una serie de cosas que los individuos pueden hacer para ayudarse a reducir los síntomas de depresión. Para la mayoría de pacientes, el ejercicio regular podría ayudarlos a crear momentos positivos y mejorar sus estados de ánimo. El dormir en cantidad suficiente y de manera regular, seguir con una dieta saludable y evitar el alcohol, también podría ayudarle a reducir aquellos síntomas de depresión (15).

La depresión es experimentada por personas con una variedad de problemas de salud. Debe diferenciarse de tristeza, que es una respuesta normal a la pérdida. Depresión puede presentarse como un síntoma de alguna otra enfermedad como demencia, parkinsonismo, esquizofrenia o uso de sustancias, o puede ser considerado como un síndrome – depresivo trastorno. En el trastorno depresivo hay

una prolongada disminución del estado de ánimo acompañada de trastornos cognitivos y cambios en el comportamiento (16).

Según la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) pautas diagnósticas, los signos y síntomas frecuentes son: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y disfrute, y el aumento de la fatiga son los síntomas más típicos de la depresión al menos dos de ellos debe estar presente durante al menos 2 semanas para el diagnóstico. Es importante diagnosticar depresión en pacientes con síntomas médicamente inexplicables. Los médicos suelen tender a buscar solo causas físicas en pacientes con problemas de sueño, falta de apetito y falta de energía, dolor vago en las articulaciones o las extremidades, a pesar de que estas son características comunes de la depresión(17).

Según Beck, indica que la depresión se divide en 03 dimensiones: “Dimensión cognitiva”, la dimensión “física/conductual” y por último a la dimensión “emocional”. El Inventario de Depresión de Beck-II se puede adaptar fácilmente en la mayoría de las condiciones clínicas para detectar la depresión mayor y recomendar una intervención adecuada. Aunque esta escala representa un camino sólido para detectar la depresión en pacientes con condiciones médicas, el médico debe buscar evidencia sobre cómo interpretar la puntuación antes de usar el Inventario de Depresión de Beck-II para tomar decisiones clínicas (18).

La primera dimensión llamada cognitiva hace referencia a cambios emocionales, los déficits cognitivos en el funcionamiento ejecutivo, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento; los sesgos cognitivos en el procesamiento autorreferencial, la atención, la interpretación y la memoria; déficits en el control cognitivo sobre los estímulos o información que es congruente con el propio estado emocional (es decir, material congruente con el estado de ánimo) y las estrategias de regulación cognitiva de la emoción, la distracción y la reevaluación (19).

Dentro de la segunda dimensión física/conductual, ésta hace referencia al aislamiento de los individuos correspondiente a los cambios de conductas, momentos en los cuales los individuos se alejan paulatinamente de su entorno

social, para encontrar su propio espacio; los individuos con síntomas depresivos tienen relaciones sociales menos gratificantes y más disfuncionales. El aislamiento social subjetivo se ha caracterizado como “una escasez percibida en los recursos sociales propios, como el compañerismo o el apoyo social”, la soledad se asocia con mayores tasas de ansiedad, depresión y suicidio; también están relacionados con una mala salud cardiovascular y función cognitiva. Los efectos del aislamiento social podrían deberse a una privación objetiva de red social y/o experiencia subjetiva de aislamiento social (19).

Respecto a la dimensión emocional se entienden comúnmente como reacciones de duración relativamente breve que nos ayudan a para responder a los problemas y desafíos de nuestro entorno, organizando nuestros pensamientos y acciones, y dando forma a nuestro comportamiento. Las reacciones emocionales son desencadenadas cuando un organismo encuentra un estímulo significativo (que puede estar dentro o fuera de la persona). La mayoría de los científicos consideran que las emociones involucran cambios en múltiples componentes de respuesta, como la experiencia emocional y central, fisiología periférica, así como el componente del comportamiento; aunque estos componentes de respuesta emocional a menudo están coordinados, también divergen unos de otros (20).

En el caso de la teoría se menciona a el modelo de Callista Roy, El modelo de adaptación de Roy se centra en el paciente como ser humano, el entorno que lo rodea, su salud actual y la aplicación de enfermería/responsabilidades de enfermería para ese paciente. Cada aspecto juega un papel importante en la comprensión del Modelo como un todo. Además, establece que el medio ambiente es “todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas o grupos, con especial consideración de la reciprocidad de la persona y los recursos de la tierra que incluye estímulos focales, contextuales y residuales”. Las tres partes principales del entorno que describe Roy son el estímulo focal, contextual y residual; el estímulo focal se describe como el principal estímulo que está afectando a la persona, esta puede ser interna o externa; el estímulo contextual “son todos los factores ambientales que se



le presentan a la persona desde adentro o desde afuera pero que están en el centro de la atención y/o energía de la persona”. Todos los demás estímulos para el individuo se consideran estímulos residuales (21).

Torres A (22). en la Libertad, durante el año 2019 en su estudio tuvo como finalidad “conocer la relación entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud La Libertad”. Lo realizo bajo una metodología cuantitativa y transversal. Con la colaboración de 24 pacientes. La herramienta aplicada fue el Inventario de Depresión Beck y “el Cuestionario de MOS”. el 6% presenta un nivel Máximo de apoyo social percibido y el 62% no presenta Depresión.

Huaman M (23). en Lima, durante el año 2019 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la relación que existe, entre el soporte social y la depresión en los pacientes con Tuberculosis pulmonar del Centro de Salud de Surco, Distrito Santiago de Surco 2018”. Lo realizo bajo una metodología cuantitativa y transversal. Aplicado en 57 pacientes. La herramienta aplicada fue la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y para Depresión el Inventario de Depresión de Beck-II (BDIII). Encontraron que el 56% presenta niveles moderados de episodios depresivos y el 50% tuvo un soporte social bajo, de modo que las variables se correlacionan.

Bravo I(24). en la Piura, durante el año 2023 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la relación entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme”. Lo realizo bajo una metodología cuantitativa y transversal. Con la colaboración de 60 pacientes. La herramienta aplicada fue el inventario de depresión de Beck y la escala de adherencia terapéutica (EAT). Se identificó una prevalencia del nivel de depresión leve (51%) y Alta Adherencia terapéutica (52%).

AndiAlfian R(25). en Indonesia, durante el año 2021 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la prevalencia y distribución de la depresión en pacientes con TB pulmonar”. Lo realizo bajo una metodología cuantitativa y descriptiva. Con la

colaboración de 820 pacientes. La tasa de depresión se examinó utilizando el cuestionario Beck Depression Inventory-II (BDI-II). El estudio indica que el porcentaje de pacientes con depresión moderada constituyó el 31%, donde el 38% del número de mujeres presentó mayores niveles de depresión.

De castro K(26). en Brasil, durante el año 2019 en su estudio tuvo como finalidad “Estimar la prevalencia de episodio depresivo mayor (EMD) en pacientes con presunción de tuberculosis pulmonar (pre-PTB, definida por tos de duración  $\geq$  3 semanas) y compararla entre pacientes con tuberculosis pulmonar (PTB) y sin PTB”. Lo realizó bajo una metodología cuantitativa y transversal. Con la colaboración de 260 pacientes. La herramienta aplicada fue el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y el módulo de depresión de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) para confirmar el diagnóstico. Se confirmó TBP en 98 pacientes (37%). Una alta proporción de ambos grupos (PTB activa y sin PTB) dieron positivo para depresión (60,2 frente a 62%, respectivamente). Entre los 159 pacientes que dieron positivo en la prueba de depresión, un subconjunto de 97 (61,0 %)

Butova T(27). en Ucrania, durante el año 2020 en su estudio sobre la “Predisposición al desarrollo de estados depresivos en pacientes con TB M/XDR”. Lo realizó bajo una metodología cuantitativa y transversal. Con la colaboración de 260 pacientes con tuberculosis pulmonar. Se determinó la presencia y grado de depresión según la escala de depresión Beck. Se identificó el 32% de pacientes con tuberculosis resistente presentaba depresión pronunciada, en tanto que el 81% de pacientes con tuberculosis diagnosticada por primera vez demostraron la ausencia de síntomas depresivos.

El estudio es importante porque abarca una patología de mucha prevalencia en el país, que tiene gran impacto en la salud de la población. A pesar de ello, no son muchos los estudios que abordan la salud mental de los pacientes, siendo uno de los factores más determinantes en el éxito del tratamiento.

A nivel teórico, el estudio incrementará el cuerpo de conocimientos sobre depresión en pacientes con tuberculosis, puesto que no existen estudios desarrollados en el

establecimiento en mención. Además, se utilizará una teórica de enfermería que permita explicar el comportamiento de la variable. Finalmente, la tuberculosis constituye una de las prioridades de investigación en salud en el país.

A nivel práctico, los principales beneficiados del estudio serán los pacientes con tuberculosis pulmonar puesto que el establecimiento de salud a partir de los hallazgos puede implementar acciones preventivo-promocionales. Además, los profesionales de enfermería pueden contar con herramientas para la valoración integral del paciente, dejando de lato un enfoque biomédico para pasar a un enfoque biopsicosocial.

En lo metodológico, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las diversas bases de datos científicas como PubMed, Scielo. Además, fueron revisados los diversos repositorios buscar estudios antecedentes en el contexto nacional. Se seguirán los pasos del método científico. El estudio utilizará un instrumento válido y confiable a nivel nacional.

Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es determinar la depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, Rímac 2023.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque utilizado en el estudio fue cuantitativo, haciendo uso de la estadística para el análisis de la variable. El diseño fue no experimental, puesto que, no hubo ninguna intervención por parte de los investigadores. Fue transversal dado que la información se obtuvo en un momento establecido. Finalmente, fue descriptivo, ya que se limitó a observar en su estado natural el comportamiento de la variable (28).

### **2.2 POBLACIÓN**

La población que conformó el estudio, fueron los pacientes contagiado de tuberculosis, atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, ubicado en el distrito del Rímac, durante los meses de marzo a abril del 2023. Según la jefatura de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis, actualmente se cuenta con 45 pacientes que acuden a recibir tratamiento contra la TB.

#### **Criterios de inclusión**

Pacientes que firman el consentimiento informado  
Pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar  
Pacientes que acuden regularmente

#### **Criterios de exclusión**

Pacientes que no pertenecen a la jurisdicción  
Pacientes con alguna forma de déficit cognitivo que impide responder el cuestionario  
Pacientes que no firman el consentimiento informado

#### **Muestra**

La muestra se conformó por la totalidad de la población, siendo denominada muestra censal.

### **2.3 VARIABLE DE ESTUDIO**

El presente estudio de investigación presenta al problema de la depresión como variable principal, según su naturaleza, es una variable cualitativa y su escala de medición es ordinal.

**Definición conceptual:** La depresión es un trastorno mental que afecta esencialmente los estados de ánimo que varían desde: estado de ánimo bajo transitorio normal en la propia vida diaria, hasta síndrome clínico, con duración severa y significativa y signos y síntomas asociados, marcadamente diferente de la normalidad y sintomatología principal. Los individuos pierden su deseo de continuar con sus actividades y seguidamente entran en un estado de apatía con desesperanzas frente a su futuro (15).

**Definición operacional:** sentimientos persistentes de tristeza, que pueden llegar a ser casos de gravedad en su vida cotidiana de los pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, ubicado en el distrito del Rímac, el cual será evaluado mediante el inventario de Beck y sus 3 dimensiones.

## **2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

### **Técnicas**

Para la investigación, se aplicó la técnica de encuesta, para ambas variables, la cual permite utilizar procedimientos estándar para la aplicación de instrumentos (29).

### **Instrumento de Medición**

El instrumento llamado inventario de depresión de Beck fue construido por Aaron Beck en 1961, es un inventario de calificación de autoinforme de 21 ítems que mide las actitudes y los síntomas característicos de la depresión, tiene una escala de respuestas tipo Likert de 4 puntos, que se puntúa de 0 a 3, con excepción de ítems 16 (cambios del patrón de sueño) y 18 (cambios del apetito) abarcando 7 categorías, la calificación es: a mayor puntuación de síntoma depresivo, mayor nivel de depresión. Su aplicación es en forma individual y también grupal a partir de los 13 años de edad.

Referente a las pertenencias psicométricas, un estudio realizado por Sanz et al. (2011), hizo una validación para el uso de la población española, la muestra tomada fueron 1393 estudiantes de diversas universidades, del mismo modo, para la fiabilidad fue aplicada a través del alfa de Crombach, el cual obtuvo un resultado

de 0.83; las correlaciones del test re-test, van desde 0.60 y 0.72; mientras que la validez del BDI es en relación a los distintos rasgos específicos de la ansiedad medidos a través de auto-informes a los exámenes fue permisible, evaluativa, interpersonal y ansiedad social, con correlaciones que demostraron en un bajo nivel de 0.11 y 0.45 (30).

### **Validez y confiabilidad del Instrumento**

Bravo (24), en Perú, en el 2022, en su tesis “Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022”, realizó el proceso de validez. Para demostrar la validez de contenido de la escala DBI se realizó a través de la evaluación mediante juicio de 3 expertos, los mismos que emitieron su ponderación con claridad, coherente y relevante, observando que el 100% tiene un índice de acuerdo de Aiken de 1,0; lo cual refleja que tales reactivos cuentan con evidencias de validez de contenidos.

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Para el desarrollo del trabajo de campo de en el presente estudio se realizaron coordinaciones previas para obtener los permisos del director médico del centro de salud Flor de Amancaes. Luego se envió una carta de presentación del proyecto de investigación, para que la Universidad María Auxiliadora solicite el permiso de ingreso a las instalaciones del establecimiento, para la aplicación de las encuestas correspondientes a la población en estudio del centro de salud Flor de Amancaes.

### **2.5.2 Aplicación del instrumento**

El instrumento fue aplicado considerando la planificación establecida en el cronograma de actividades, los investigadores concurrirán al establecimiento de salud durante el mes de abril de 2023, en los días lunes, miércoles y viernes en el horario de 7am a 12m para encuestar a las pacientes. El tiempo de duración para cada encuesta aproximadamente de fue de 18 a 23 minutos. Los datos serán tabulados en una matriz de base de datos en el programa Excell, para luego ser

exportados el programa estadístico SPSS, donde se realizará un análisis descriptivo.

## **2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Al tratarse de una investigación cuantitativa y descriptiva a la vez, se uso como herramienta a estadística, después de haberse realizado la recolección de datos; Para ello se usó una base de datos de Microsoft Excel, luego se elaboró una matriz en el programa IBM SPSS Statics Versión 26; donde se realizó el análisis de los datos obtenidos, a través del uso de las tablas de frecuencia absoluta y relativa, el objetivo general y las dimensiones de las variables principal. Al finalizar se crearon las tablas y figuras que evidencia los resultados de importancia en la presente investigación.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

### **Principio de autonomía**

El principio de autonomía se aplicó estrictamente en el presente estudio, al abordar al paciente, se respetó sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno de ellos se les hizo conocer los detalles del estudio y luego se solicitó su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio (31).

### **Principio de beneficencia**

A los participantes se les explicó los beneficios indirectos que se logrará con los resultados de la investigación. (32).

### **Principios de no maleficencia**

Se explicó a cada paciente que su participación en este estudio no implica ningún riesgo a su salud e integridad individual de ellos ni a la de sus integrantes (33).

### **Principio de justicia**

Se trató con respeto a cada paciente y colaborador que participaron de la investigación.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

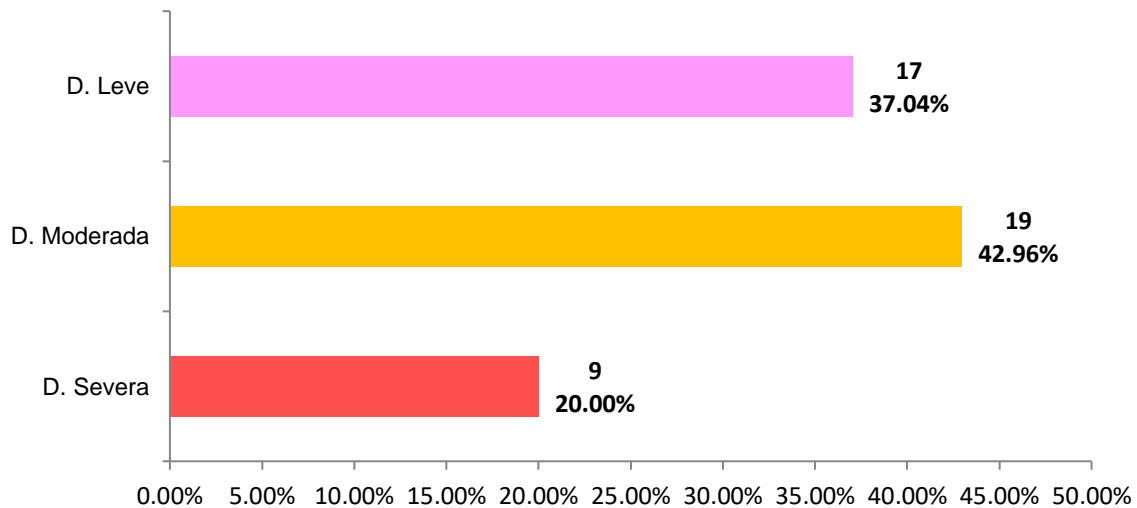
Información de los participantes	Total	
	N	%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	19	42.22%
Masculino	26	57.78%
<b>Estado Civil</b>		
Solteros	12	26.67%
Casados	9	20.00%
Convivientes	21	46.67%
Divorciados	2	4.44%
Viudos	1	2.22%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Sin educación	6	13.33%
Educación Primaria	11	24.44%
Educación Secundaria	15	33.33%
Educación Técnico	7	15.56%
Educación Profesional	6	13.33%
<b>Ocupación</b>		
Con Trabajo Estable	9	20.00%
Con Trabajo Eventual	27	60.00%
Sin Ocupación u trabajo	8	17.78%
Condición de Jubilado	1	2.22%

En la tabla 1, respecto a los datos sociodemográficos de los pacientes (N=45). El sexo de los pacientes, el 26 que representan el 57,78% del total corresponde al masculino y 19 que representan 42,22% del total corresponde al femenino. En cuanto al estado civil 21(46.67%) conviviente, 12(26.67%) fueron solteros, 9(20.00%) fueron casados, 2(4.44%) fueron divorciados. En cuanto al grado de instrucción, 15(33,3%) corresponde secundaria, 11(24,44%) corresponde a primaria, 7(15.56%) corresponde a técnico 6(13.33%) corresponde a profesional, y finalmente 6(13.33%) sin instrucción. En cuanto a la ocupación, el 27 (60.00%) corresponde eventual, 9 (20.00%) corresponde a trabajador estable, 8 (17.78%) corresponde a sin ocupación.



**Tabla 2.** Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

	<b>frec.</b>	<b>%</b>
D. Severa	9	20.00%
D. Moderada	19	42.96%
D. Leve	17	37.04%



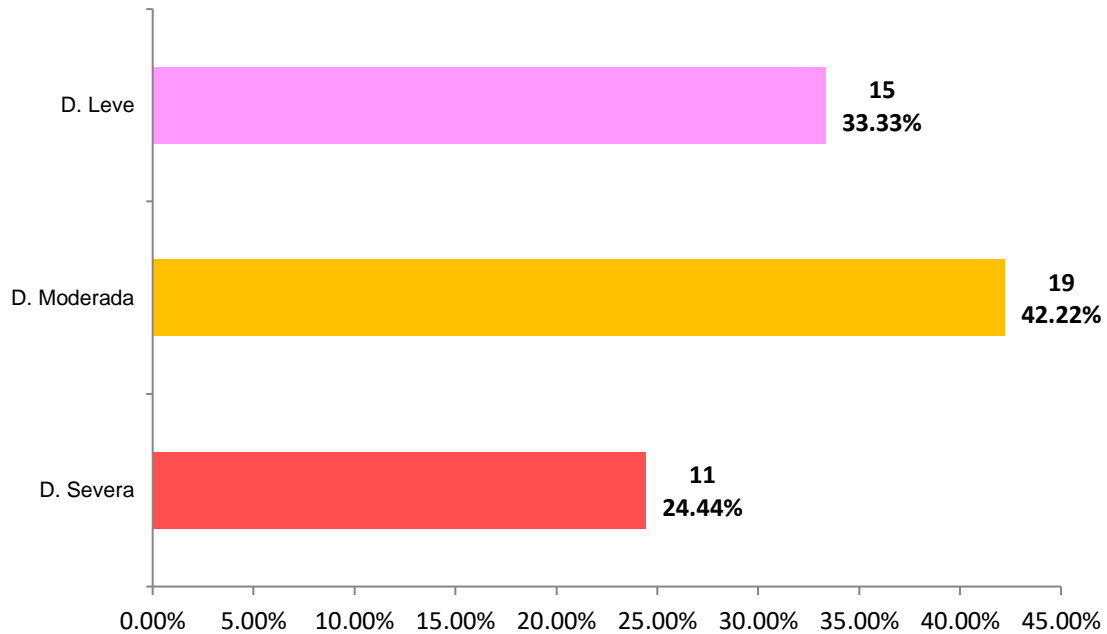
**Figura 1.** Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

En la tabla 2, figura 1; respecto a la depresión en pacientes con tuberculosis, se aprecia que el 42,96%(N=19) de pacientes tuvieron depresión moderada; seguido del 37,04%(N=17) que tuvieron depresión leve; mientras que sólo el 20,00%(N=9) tuvieron depresión severa.

**Tabla 3.** Depresión por dimensiones en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

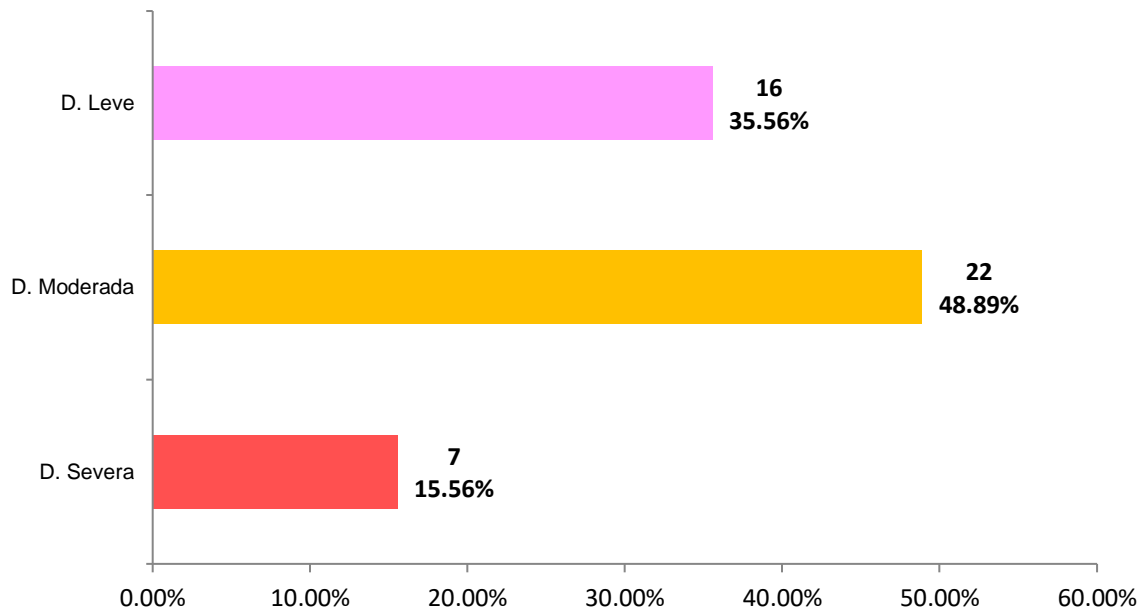
<b>Depresión por dimensiones en Pacientes con TBC</b>						
	<b>Área Cognitiva</b>		<b>Área física o conductual</b>		<b>Área Afectiva</b>	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
D. Severa	11	24.44%	7	15.56%	9	20.00%
D. Moderada	19	42.22%	22	48.89%	17	37.78%
D. Leve	15	33.33%	16	35.56%	19	42.22%

En la tabla 3; se muestra la depresión en pacientes con tuberculosis por dimensiones, en la cual se observa que en el área cognoscitiva el 42,22%(N=19) de pacientes mantuvieron depresión moderada, seguido del 33,33%(N=16) que tuvieron depresión leve, mientras que sólo el 24,44%(N=11) tuvieron depresión severa. En el área física o conductual, el 48,89%(N=22) tuvieron depresión moderada, seguido del 35,56%(N=16) tuvieron depresión leve, y sólo el 15,56%(N=7) tuvieron depresión severa. Respecto al área afectiva, se observa que el (42,22%) tuvieron depresión leve, seguido del 37,78%(N=17) tuvieron depresión moderada, a diferencia del 20,00%(N=9) de pacientes que tuvieron depresión severa.



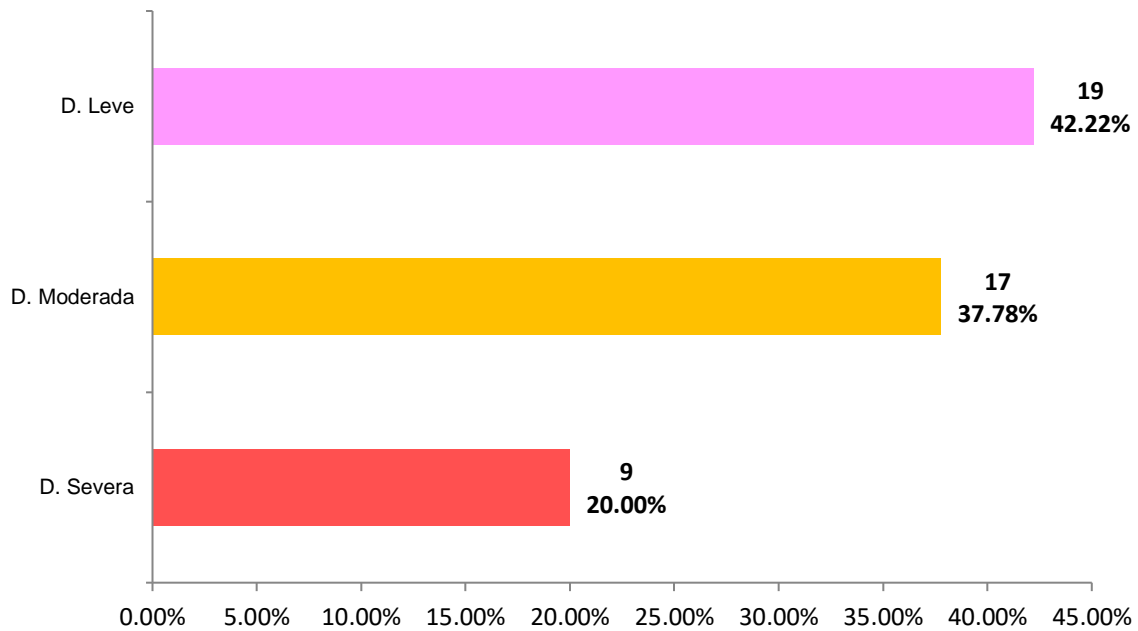
**Figura 2.** Nivel de depresión respecto a su dimensión Área Cognitiva, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

En la figura 2. En la dimensión Área Cognitiva; se aprecia que del total de pacientes con tuberculosis participantes en el estudio, el 42,22%(N=19) de pacientes estuvieron con depresión moderada, seguido del 33,33%(N=16) que tuvieron depresión leve, mientras que sólo el 24,44%(N=11) tuvieron depresión severa.



**Figura 3.** Nivel de depresión respecto a su dimensión Área física o conductual, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

En la figura 3. En el área física o conductual; se aprecia que del total de pacientes con tuberculosis que participaron del estudio, el 48,89%(N=22) tuvieron depresión moderada, seguido del 35,56%(N=16) tuvieron depresión leve, y sólo el 15,56%(N=7) tuvieron depresión severa.



**Figura 4.** Nivel de depresión respecto a su dimensión Área afectiva, en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, Rímac 2023 (N=45).

En la figura 3. Respecto al área afectiva, se aprecia que del total de pacientes con tuberculosis que participaron del estudio el (42,22%) tuvieron depresión leve, seguido del 37,78%(N=17) tuvieron depresión moderada, a diferencia del 20,00%(N=9) de pacientes que tuvieron depresión severa.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1. DISCUSIÓN

La depresión se encuentra entre los problemas de salud mental comunes que ocurren en pacientes con tuberculosis, caracterizada por un estado de ánimo deprimido persistente, falta de placer en las actividades cotidianas, energía reducida, síntomas vegetativos, ideación e intento suicida y que causa diversos niveles de disfunciones sociales y ocupacionales. La depresión es uno de los principales contribuyentes a la carga mundial general de enfermedades y afectó a más de 264 millones de personas de todas las edades en 2019. Los hallazgos de diferentes estudios mostraron que aproximadamente 800 000 personas mueren por suicidio cada año y más del 50 % de todas las personas que mueren por suicidio sufren de depresión mayor. La evidencia del estudio epidemiológico también mostró que el riesgo de por vida de sufrir depresión entre la población general es del 7,2 % y el 4,4 % en mujeres y hombres, respectivamente (34).

En cuanto al objetivo general, se halló que la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa. Al respecto Huamán M (22). en Lima, 2019 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la relación que existe, entre el soporte social y la depresión en los pacientes con Tuberculosis pulmonar del Centro de Salud de Surco, Distrito Santiago de Surco 2018” halló que el 56% presenta niveles moderados de episodios depresivos y el 50% tuvo un soporte social bajo, de modo que las variables se correlacionan. Sin embargo, Bravo I(23). en Piura, en 2023 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la relación entre Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme”; identificó una prevalencia del nivel de depresión leve (51%) y Alta Adherencia terapéutica (52%).

Estos resultados divergentes, se deben a que existe factores que influyen en la depresión; al respecto, un metaanálisis desarrollado en el 2022, evidenció que los factores finales asociados incluyen género femenino [OR=1.319, IC 95%=1.132–

1.536,  $p < 0.001$ ], escaso apoyo social [OR=4.109, IC 95%=1.431-11.799,  $p < 0.01$ ], estado civil [OR =1,362, IC 95%=1,154–1,608,  $p < 0,001$ ], bajo nivel educativo [OR=1,921, IC 95%=1,475–2,503,  $p < 0,001$ ], residencia en zona rural [OR=1,408, IC 95%= 1,122–1,767,  $p < 0,01$ ], estado de jubilación [OR=2,515, IC 95 % =1,226–5,159,  $p < 0,01$ ] (35). Dichos resultados son similares a los factores sociodemográficos estudiados en la investigación, siendo una probable explicación a los hallazgos obtenidos.

En cuanto a su dimensión área cognoscitiva en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa. Al respecto, Torres A (21). en la Libertad, durante el año 2019 en su estudio tuvo como finalidad “conocer la relación entre soporte social y el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la Micro Red de Salud La Libertad”, obtuvo que el 62% no presenta Depresión, y en la dimensión cognoscitiva la mayoría no tuvo depresión. Dichos resultados son distintos a los hallazgos del estudio.

Según Beck, dimensión llamada cognitiva se refiere a los cambios emocionales, los déficits cognitivos en el funcionamiento ejecutivo, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento; los sesgos cognitivos en el procesamiento autorreferencial, la atención, la interpretación y la memoria; déficits en el control cognitivo sobre los estímulos o información que es congruente con el propio estado emocional (18). En el estudio significa que los pacientes presentaron moderada limitación de sus actividades de la vida diaria y episodios de tristeza, desesperanza.

En cuanto a su dimensión área física o conductual en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa. Sobre ello, AndiAlfian R(24). en Indonesia, durante el año 2021 en su estudio tuvo como finalidad “determinar la prevalencia y distribución de la depresión en pacientes con TB pulmonar”. La tasa de depresión se examinó utilizando el cuestionario Beck Depresión Inventory-II (BDI-II). El estudio indica que el porcentaje de pacientes con depresión moderada constituyó el 31%, sobre la dimensión conductual, se halló que

la mayoría tuvo depresión moderada. Ello significa que, **existe** aislamiento de los pacientes propios a cambio de conductas, momentos en los cuales el individuo se aleja gradualmente de su actual entorno social.

En cuanto a su dimensión área afectiva en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría leve; seguido de depresión moderada y depresión severa. Butova T(26). en Ucrania, en 2020 en su estudio sobre la “Predisposición al desarrollo de estados depresivos en pacientes con TB M/XDR”. Se determinó la presencia y grado de depresión según la escala de depresión Beck. Se identificó el 32% de pacientes con tuberculosis resistente presentaba depresión pronunciada, en tanto que el 81% de pacientes con tuberculosis diagnosticada por primera vez demostraron la ausencia de síntomas depresivo. En cuanto a las dimensiones, en el área afectiva la mayoría tuvo depresión leve, similar a los hallazgos del estudio. Ello hace referencia a los problemas para conciliar el sueño, cambio de apetito, observan que su consumo de alimentación es complicado, y en algunos casos podría decirse que sufren de estreñimiento.

En cuanto a las limitaciones, se tuvo dificultades para el acceso al establecimiento de salud, una vez logrado ello, se procedió a realizar las encuestas, siendo en algunos casos virtuales debido a que no se encontraban a los pacientes. Solo en un caso se tuvo que hacer una visita domiciliaria. Los resultados del estudio solo se pueden aplicar a la población en mención.

En conclusión, este estudio proporcionó información sobre la magnitud del problema de la depresión. Es necesario que haya una respuesta multisectorial a este problema de salud pública. El personal de salud puede participar en la detección de pacientes con trastornos depresivos y la derivación adecuada. Además, Los trabajadores comunitarios pueden participar en la identificación de los trastornos depresivos para que puedan recibir el tratamiento lo antes posible.



## **4.2. CONCLUSIONES**

La depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa.

La depresión en su dimensión área cognoscitiva en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa.

La depresión en su dimensión área física o conductual en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría moderada; seguido de depresión leve y depresión severa.

La depresión en su dimensión área afectiva en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en el Centro de Salud Flor de Amancaes, fue en su mayoría leve; seguido de depresión moderada y depresión severa.

## **4.3. RECOMENDACIONES**

El establecimiento de salud debe fomentar la promoción de la salud mental en los pacientes con tuberculosis, a través de sesiones educativas periódicas, explicándoles la importancia de mantener el buen estado de ánimo. Además, proporcionar información adecuada a su nivel de comprensión sobre la depresión y los tratamientos disponibles.

Los profesionales de enfermería dentro de su evaluación integral de los pacientes con tuberculosis deben considerar aspectos psicológicos como la depresión, el cual puede repercutir negativamente en el éxito del tratamiento. Al momento de entregar el tratamiento, informar a los pacientes con depresión sobre los grupos de autoayuda, grupos de apoyo y otros recursos para personas con depresión.

Todas las intervenciones para la depresión deben ser administradas por profesionales competentes. Las intervenciones psicológicas y psicosociales deben basarse en los manuales de tratamiento pertinentes, que deben guiar la estructura

y la duración de la intervención. Los profesionales de enfermería deben considerar el uso de marcos de competencias desarrollados a partir de los manuales de tratamiento pertinentes y para todas las intervenciones.

Futuras investigaciones diseñadas para aumentar la comprensión de la emoción insensibilidad al contexto y su impacto en el funcionamiento social; deben ir encaminados a buscar diferentes factores que determinan a la depresión en pacientes con tuberculosis, deben ser lo suficientemente complejos para determinar la presencia o ausencia de cualquier efecto importante, utilizando un nuevo diseño de línea de investigación basado en políticas en salud pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis [Internet]. 2018. p. 11–3. Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/newsroom/topics/tb/index.html>
2. Agbeko CK, Mallah MA, He B, Liu Q, Song H, Wang J. Mental Health Status and Its Impact on TB Treatment and Its Outcomes: A Scoping Literature Review. *Front Public Heal* [Internet]. 2022;10(May). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9194388/pdf/fpubh-10-855515.pdf>
3. Emami H, Modarressi T, Najmi K, Radmand G, Monjazebi F, Tabarsi P, et al. Psychological symptoms before and after a 14-day initial inpatient treatment in tuberculosis patients compared with their primary caregivers and healthy controls. *Tanaffos* [Internet]. 2015;14(3):182–92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4745187/pdf/Tanaffos-14-182.pdf>
4. Hayward SE, Deal A, Rustage K, Nellums LB, Sweetland AC, Boccia D, et al. The relationship between mental health and risk of active tuberculosis: A systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(1). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/1/e048945.full.pdf>
5. Janse Van Rensburg A, Dube A, Curran R, Ambaw F, Murdoch J, Bachmann M, et al. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: A scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries. *Infect Dis Poverty* [Internet]. 2020;9(1). Available from: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0619-4>
6. Woodman M, Haeusler IL, Grandjean L. Tuberculosis genetic epidemiology: A latin american perspective [Internet]. Vol. 10, *Genes*. 2019 [cited 2020 Dec 14]. p. 1–17. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6356704/pdf/genes-10-00053.pdf>

7. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2020 [Internet]. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2020. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2021. 1–44 p. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55047/9789275324479\\_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55047/9789275324479_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
8. World Health Organization. OMS | Día Mundial de la Tuberculosis - 24 de marzo de 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 5]. p. 1–22. Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2022>
9. Assael M. Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar activa en tratamiento y su impacto en las políticas de salud mental [Internet]. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2021. Available from: [http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/6549/Tesis Michelle Assael.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/6549/Tesis%20Michelle%20Assael.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Ministerio de Salud. Vigilancia de Tuberculosis [Internet]. Dirección General de Epidemiología. 2020 [cited 2022 Apr 2]. p. 1. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-tuberculosis/>
11. Makhfudli A, Tinti C. Family Support and Coping Mechanisms in Patients with Pulmonary Tuberculosis. 9th Int Nurs Conf [Internet]. 2019;18(1):642–7. Available from: <https://www.scitepress.org/Papers/2018/83302/83302.pdf>
12. Llanos-Tejada F, Ponce-Chang C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2019;82(2):104–9. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n2/a02v82n2.pdf>
13. Bonilla-Asalde CA, Rivera-Lozada IC, Rivera-Lozada O. Depresión en pacientes con tuberculosis en una región del Perú: Un estudio transversal. Rev Investig la Univ Priv Norbert Wiener [Internet]. 2020;8(1):43–51. Available from:

<https://revistadeinvestigacion.uwiener.edu.pe/index.php/revistauwiener/articloe/view/42/20>

14. 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;84(4):297–303. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n4/0034-8597-rnp-84-04-297.pdf>
15. Ministerio de Salud del Perú. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión. [Internet]. Lima - Perú; 2022. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208\\_PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf)
16. Gómez A. La depresión en el anciano. *OFFARM* [Internet]. 2007;26(9):80–94. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062>
17. Thomas E, Seedat S. The diagnosis and management of depression in the era of the DSM-5. *South African Fam Pract* [Internet]. 2018;60(1):22–8. Available from: [www.tandfonline.com/oemd](http://www.tandfonline.com/oemd)
18. Elsevier. Evaluación de la depresión en pacientes médicos: una revisión sistemática de la utilidad del Inventario de Depresión de Beck-II [Internet]. *Clinicas*. 2013 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-clinics-22-pdf-S1807593222016325>
19. Beltrán M del C, Freyre MÁ, Hernández-Guzmán L. The beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Ter Psicol*. 2012;30(1):5–13.
20. Rodríguez Amaro EA, Farfán Rodríguez D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Rev Investig Univ*. 2017;4(2):71–8.
21. Frederickson K, Rosemarie RP. Callista Roy’s adaptation model. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2011;24(4):301–3. Available from: doi: 10.1177/0894318411419215
22. Torres A. Nivel de depresion segun soporte emocional en pacientes diagnosticados con tuberculosis frotis positivo [Internet]. UC; 2019. Available from:

- [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6058/2/IV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Torres\\_Salcedo\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6058/2/IV_FHU_501_TE_Torres_Salcedo_2019.pdf)
23. Huaman M. Soporte social y la depresión en los pacientes con Tuberculosis pulmonar del Centro de Salud de Surco, Distrito Santiago de Surco 2018 [Internet]. UPT; 2019. Available from: [https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/1106/1/HUAMAN\\_MENENDEZ\\_MAXIMINA\\_FACUNDA.pdf](https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/1106/1/HUAMAN_MENENDEZ_MAXIMINA_FACUNDA.pdf)
  24. Bravo I. Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con Tuberculosis de un Hospital de El Empalme, 2022 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Available from: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106854/Bravo\\_BIL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106854/Bravo_BIL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  25. AndiAlfian S. Depression among Patients with Pulmonary Tuberculosis at the State Hospital of Makassar. RESEACHER [Internet]. 2021;4(33). Available from: <https://www.researcher-app.com/paper/6187036>
  26. de Castro K. Prevalence of depression among patients with presumptive pulmonary tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil. Braz J Psychiatry [Internet]. 2019;41(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0076>
  27. Butova T. Predisposition to the development of depressive no states in patients with M/XDR TB [Internet]. 2021. Available from: Butova T
  28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Mc Graw Hill; 2014.
  29. Casas J, Labrador R, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). Rev Atención Primaria [revista en Internet] 2003 [acceso 8 de agosto de 2021]; 31(9): 592-600. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
  30. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). An Psicol [Internet]. 2013;29(1):66–75. Available from: [https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico\\_clinica8.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_clinica8.pdf)

31. Velasco J. La Bioética y el Principio de Autonomía. Revista Facultad de Odontología [revista en Internet] 2013 [acceso 11 de mayo de 2019]; 1(2): 72-78. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872012000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000200005)
32. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de junio de 2019]; 63(4): 555-564. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007)
33. Marasso N. La bioética y el principio de autonomía. Revista facultad de Odontología [revista en Internet] 2013 [acceso 11 de mayo de 2021]; 1(2): 72-78. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000500012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500012)
34. Duko B, Bedaso A, Ayano G. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry [Internet]. 2020;19(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00281-8>
35. Shen R, Zong K, Liu J, Zhang L. Risk Factors for Depression in Tuberculosis Patients: A Meta-Analysis. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2022;18(April):847–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9012238/pdf/ndt-18-847.pdf>

## **ANEXOS**



**Anexo A. Operacionalización de la variable o variables**

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Nivel de depresión	Tipo de variable según su naturaleza:  Cualitativa  Escala de medición: Ordinal	La depresión es un trastorno mental que afecta principalmente el estado de ánimo; se caracteriza por persistentes sentimientos de tristeza, que pueden llegar a ser incapacitantes para la vida cotidiana de las personas. Pierden el deseo de llevar a cabo actividades y entran en un estado de apatía y desesperanza frente al futuro (15).	Es una alteración en el ánimo del paciente que le genera pensamientos y emociones negativas en contra de su salud, en donde se considera dimensiones como, cognitiva, física o conductual y emocional; el cual será medido con un cuestionario de a través del inventario de depresión de Beck (BDI) II de 21 ítems.	Área cognitiva	Tristeza Pensamientos suicidas Desvalorización	1,2,9,14	Severa	43-63 puntos
				Área física o conductual	Indecisión, Autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad propia, Sentimiento de castigo, Pérdida de placer y llanto.	3,4, 5, 6, 7, 8, 10, 13		
				Área afectiva	Agitación, Pérdida de interés de energía, Cambios de hábitos y sueño, Cambios en el apetito, Dificultad de concentración, cansancio o fatiga pérdida de interés en el sexo	11, 12, 15, 16, 17,18, 19, 20, 21	Leve	00- 21 puntos

## **Anexo B. Instrumentos de recolección de datos**

### **I.- PRESENTACIÓN**

Buenos días, soy estudiante de enfermería, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar. Se pide su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

### **II. INSTRUCCIONES GENERALES**

Por favor, lee cada pregunta con atención. Recuerda que esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que respondas todas las preguntas.

### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **Datos sociodemográficos:**

Edad: 18 a 30 años ( ) 30 a 50 años ( ) más de 50 años ( )

Sexo: masculino ( ) femenino ( )

Grado de instrucción: Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnico ( ) Superior ( ).

Estado civil: soltero ( ) casado ( ) conviviente ( ) divorciado ( ) viudo ( )

# INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (SEGUNDA EDICIÓN) – BDI II

(Adaptación: Brenlla, 2006)

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No me siento triste</li> <li>2 Me siento triste gran parte del tiempo</li> <li>3 Me siento triste todo el tiempo</li> <li>4 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</li> </ol>	<p><b>12 Sentimientos de castigo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No siento que estoy siendo castigado.</li> <li>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</li> <li>2 Espero ser castigado.</li> <li>3 Siento que estoy siendo castigado</li> </ol>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro</li> <li>2 Me siento desanimado respecto al futuro</li> <li>3 Siento que no tengo que esperar nada</li> <li>4 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar</li> </ol>	<p><b>13. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Siento acerca de mí lo mismo de siempre.</li> <li>2 He perdido la confianza en mí mismo.</li> <li>3 Estoy decepcionado conmigo mismo.</li> <li>4 No me gusto a mí mismo.</li> </ol>
<p><b>3. Fracaso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No me siento fracasado</li> <li>2 He fracasado más que de lo que hubiera debido.</li> <li>1 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos</li> <li>2 Me siento una persona totalmente fracasada</li> </ol>	<p><b>14. Autocrítica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</li> <li>2 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</li> <li>3 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</li> <li>4 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</li> </ol>
<p><b>4. Pérdida de placer</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.</li> <li>2 No disfruto de las cosas tanto como antes</li> <li>3 Obtengo muy poco placer una satisfacción auténtica con las cosas</li> <li>4 No puedo obtener ningún placer de las cosas que disfrutaba</li> </ol>	<p><b>15. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tengo ningún pensamiento de matarme.</li> <li>2. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</li> <li>3. Querría matarme.</li> <li>4. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</li> </ol>
<p><b>5. Sentimiento de Culpa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No me siento particularmente culpable.</li> <li>2 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</li> <li>3 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</li> <li>4 Me siento culpable todo el tiempo.</li> </ol>	<p><b>16. Llanto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No lloro más de lo que solía hacerlo.</li> <li>2. Lloro más de lo que solía hacerlo.</li> <li>3. Lloro por cualquier pequeñez.</li> <li>4. Siento ganas de llorar, pero no puedo</li> </ol>
<p><b>6. Agitación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</li> <li>2. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</li> <li>3. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</li> <li>4. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</li> </ol>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No estoy más irritable que lo habitual.</li> <li>2. Estoy más irritable que lo habitual.</li> <li>3. Estoy mucho más irritable que lo habitual.</li> <li>4. Estoy irritable todo el tiempo.</li> </ol>

<p><b>7. Pérdida de Interés</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No he perdido el interés en otras actividades o personas.</li> <li>2. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</li> <li>3. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</li> <li>4. Me es difícil interesarme por algo.</li> </ol>	<p><b>18. Cambio en el Apetito</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</li> <li>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</li> <li>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</li> <li>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</li> <li>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</li> <li>3a No tengo apetito en absoluto.</li> <li>3b Quiero comer todo el tiempo.</li> </ol>
<p><b>8. Indecisión</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</li> <li>2. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</li> <li>3. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</li> <li>4. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</li> </ol>	<p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</li> <li>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</li> <li>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</li> <li>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</li> </ol>
<p><b>9. Desvalorización</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No siento que yo no sea valioso.</li> <li>2. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</li> <li>3. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</li> <li>4. Siento que no valgo nada.</li> </ol>	<p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No estoy más cansado que lo habitual.</li> <li>2 Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.</li> <li>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</li> <li>5. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</li> </ol>
<p><b>10. Pérdida de Energía</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tengo tanta energía como siempre.</li> <li>2. Tengo menos energía que la que solía tener.</li> <li>3. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</li> <li>4. No tengo energía suficiente para hacer nada.</li> </ol>	<p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</li> <li>2 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</li> <li>3 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</li> <li>4 He perdido completamente el interés en el sexo.</li> </ol>
<p><b>11. Cambio en los Hábitos de Sueño</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</li> <li>1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual.</li> <li>2a Duermo mucho más que lo habitual.</li> <li>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</li> <li>3a Duermo la mayor parte del día.</li> <li>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</li> </ol>	

## **Anexo C. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Título del proyecto:** Depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, Rímac 2023

**Nombre de los investigadores principal:** Asencio Huamán, Maleni Lisset, y Ceron Cruz, Jazmin Lisbeth.

**Propósito del estudio:** determinar la depresión en pacientes con tuberculosis atendidos en el centro de salud Flor de Amancaes, Rímac 2023.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Cerón Cruz, Jazmín Lisbeth coordinador de equipo (teléfono móvil N° 986 282 802).

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora.

**Participación voluntaria:** Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante