

## 1. Problema de Investigación

### 1.1 Delimitación del Problema

El abandono del tratamiento o el no cumplimiento de indicaciones médicas es una situación que se ha estudiado con mayor frecuencia en la última década (Rosenstock 1988) debido a los bajos índices de cumplimiento de ellos. El problema del abandono del tratamiento es más frecuente en individuos con padecimientos crónicos o con aquellas que recibe tratamiento médico por largos períodos (Kodadeck 1985).

La experiencia por las que atraviesan los pacientes al enfrentarse a un diagnóstico de enfermedad crónica los llevaran a presentar en un primer momento desorganización o desajuste entre sus ideas, sentimientos, incredulidad seguidos por ansiedad enojo, culpa, depresión en esta primera etapa el individuo y la familia requieren de expresar sus sentimientos, dudas problemas que se presentan a partir del diagnóstico de la enfermedad y de como será manejada esta en el futuro.

Esta primera etapa fundamental si se desea que el individuo tenga éxito en su tratamiento de tal forma que el personal de salud debe al inicio del diagnóstico de la enfermedad orientarlo significativamente, ayudarlo a expresar su sentimiento y emociones e interesarlo por escuchar a otros pacientes con su mismo problema a compartir sus experiencias vividas con la enfermedad. A partir de este momento el

individuo puede iniciar un proceso de organización o cambios en su estilo de vida, inicia gradualmente a aceptar su condición y su tratamiento sin embargo pudiera no llegarse a esta etapa con el individuo ante la ausencia de seguimiento en el domicilio por parte del personal de salud, falta de apoyo familiar reacciones adversos al medicamento, dificultad administrativas y falta de suministro medicamentos esta etapa resulta muy critica para el paciente y su familia porque deben aprender diferentes formas de manejar la enfermedad y poder tener una mejor calidad de vida finalmente el paciente debe aprender a vivir con la enfermedad hacer ajuste en su individualidad y vida familiar incorporando la enfermedad como forma de vida; es probable que se cambian roles, funciones y posición social en este aspecto influye como factores que condicionan el abandono la situación laboral del individuo el desequilibrio entre la producción de bienes y servicios y la reproducción de sastisfactores básicos como la vivienda alimentación y servicios dentro de los que destacan la salud (Laurell 1982).

El abandono del tratamiento también a sido estudiado desde el punto de vista de los efectos de la quimioterapia donde se a valorado la necesidad de acortar los tratamientos y de modificar los regímenes medicamentosos, en un estudio en Singapur en 1974 resultó con mayor eficacia el uso de una única droga en la etapa de sostén a fin de lograr mayor eficacia y éxito del paciente (Toman 1980).

La persistencia bacteriana es un fenómeno de especial importancia patógena y terapéutica; los experimentos en laboratorio han demostrado que los fármacos bactericidas matan los germenos patogenos solo en etapa de multiplicación, pero no así cuando estos están en etapa de escasa actividad metabólica es decir cuando la proliferación bacteriana casi se ha detenido y los microorganismos están en etapa de latencia no son destruidos por los medicamentos bactericidas; se desconoce de las lesiones del hombre con los bacilos en latencia pero se ha descubierto que puede estar meses e incluso años. Por lo que este factor de persistencia pudiera afectar el tratamiento también puede presentar reacciones de hipersensibilidad al medicamento por múltiples factores y provocar al paciente signos y síntomas agregados, tales como fiebre, erupción, prurito hasta el aumento de tamaño de ganglios linfáticos, esplenomeglia, hepatomegalia, ictericia, llegandose a presentar cuadros graves de encefalopatía y de presiones de médula osea, estos factores también influyen en el abandono del tratamiento; finalmente otra área de factores que afectan el cumplimiento del tratamiento son aquellos que están relacionados con la cultura de la persona y sus condiciones sociales, los conocimientos que sobre la enfermedad se tienen y las ideas y los conceptos sobre la salud y la enfermedad tienen que ser con la forma que el hombre se ve a si mismo a la naturaleza y la relación de este con ella de tal forma que el origen de la

enfermedad puede estar asociada a elementos biológicos, ambientales, funcionales, mágicos y, religiosos o no tener explicaciones, estos aspectos influyen en la decisión de solicitar atención médica y de seguir o no las prescripciones señaladas. Por otro lado la cultura como modo de vida de las personas influyen en conductas, costumbres, hábitos y estilos de vida con relación a salud - enfermedad de tal manera que el éxito del tratamiento médico va a depender de la forma en que la persona percibe la enfermedad, los daños que le produce al abandonar las prescripciones, del balance que haga entre los beneficios que obtiene con el tratamiento y las barreras, dificultades o restricciones que están implicados. La capacidad que el individuo tiene de iniciar y terminar una acción va a depender de cuan eficaz se perciba y de experiencias anteriores, esto también influye en el abandono del tratamiento.

El reconocer la existencia multifactorial del abandono del tratamiento antituberculoso nos obligó a pensar que esta temática debe ser abordada en forma multidisciplinaria; por lo cual sería difícil en este momento abordar toda esta temática; de tal forma que los anteriores del presente estudio consideran que el abordar los factores sociales y culturales pudieran dar respuestas significativas para en un futuro plantear estrategias que lleven a aumentar el indice de cumplimiento del tratamiento.

Los factores sociales y culturales están interrelacionados entre si ya que estos dos aspectos están influyendo en las personas para la toma de decisiones de continuar o abandonar el tratamiento antituberculoso.

Por los motivos anteriormente señalados se plantea el siguiente problema de investigación ¿ Que factores sociales y culturales están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso ?.

El presente estudio fué de tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal (Rojas Soriano 1991) debido a que el interés de los investigadores fué el analizar en un período determinado de tiempo las razones del abandono del tratamiento en pacientes que habían sido diagnosticados como tuberculosos entre Enero - Diciembre de 1993 y que tuvieran más de treinta días de haber abandonado el tratamiento; las razones de estos límites temporales obedecen a las normas técnicas del programa nacional de tuberculosis en nuestro país.

El estudio se realizó en la jurisdicción sanitaria número 4 de la S.E.S la cual comprende entre otros los municipios de Guadalupe, Apodaca y Juárez Nuevo León. La selección de estos límites espaciales esta en función de que representan las comunidades suburbano marginadas del área metropolitana de Monterrey, en cuanto a características demográficas y económicas según lo reportado por el Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática (INEGI). Otras razones

que convergen para la selección de esta área geográfica son de tipo docente asistencial dado que la Universidad Autónoma de Nuevo León desarrolla un programa Multiprofesional en esas localidades desde 1976. Las unidades de observación fueron los pacientes que abandonaron el tratamiento por más de treinta días con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar que fueron residentes habituales de esa área y que correspondieran al área de cobertura de los servicios de la jurisdicción sanitaria numero 4 y que estuvieron registradas en las listas oficiales por lo que el total de unidades de observación fueron 55 pacientes de los cuales se localizaron 48; el resto 7 pacientes cambiaron de domicilio o existían errores en los domicilios.

## **1.2 Justificación**

El control satisfactorio de los problemas de salud crónico obliga al paciente a efectuar cambios en sus estilos de vida, además de apegarse a los tratamientos médicos Schmieder (SF). Se conoce que el no apego al tratamiento se presenta en un 30 ó 50 por ciento de los pacientes con enfermedades crónicas y esta influenciado por la complejidad del régimen, los efectos adversos al tratamiento, las creencias de salud y la falta de apoyo social, familiar e institucional Schmieder (SF). El abandono del tratamiento se presenta con más frecuencia cuando este es prolongado, como en el caso de la tuberculosis pulmonar.

En el informe anual de la oficina de campo fronterizo México E.E.U.U. en 1979, se señala que aproximadamente el 33 por ciento abandonaron prematuramente el tratamiento; y en E.E.U.U. la situación es semejante ya que con un régimen de seis meses no terminaron el tratamiento indicado. El programa nacional del control de la tuberculosis estima que el régimen terapéutico tiene un 98 por ciento de efectividad cuando se siguen las indicaciones en forma completa, sin embargo la falta de claridad de la gente con respecto a la enfermedad, sus creencias culturales, los problemas de suministro de medicamentos coadyuvan a limitar el éxito del tratamiento. El programa tiene como propósito romper la cadena de transmisión de la enfermedad por lo que la quimioterapia es fundamental así como la vacunación de B.C.G. de tal manera que las autoridades del sector salud han evaluado a nivel nacional los esquemas de tratamiento encontrando que en el esquema primario el 13.6 por ciento abandonaron el tratamiento y un 3.2 por ciento fracasó sin especificar la causa (Ramos 1993).

En Nuevo León en 1989 durante un período de 11 meses la S.E.S. se evaluaron 175 pacientes con tratamiento acortado de los que abandonaron 28.6 por ciento sin conocer las causas, en el esquema estándar supervisado el 41.7 abandono y el autoadministrado el 55 por ciento también lo abandono.

Según los reportes antes citados el abandono del tratamiento continúa representando un problema, por lo que se piensa que el

modelo de creencias de salud. (Rosenstook 1966) pudiera explicar los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de abandonar ó continuar el tratamiento antituberculoso. Este modelo establece tres componentes básicos que son: percepciones individuales (Susceptibilidades Y Severidad), Factores modificadores (variables demográficas estructurales y sociopsicológicas) y variables que afectan la probabilidad de iniciar un acción (beneficios y barreras).

En la práctica profesional de salud pública se ha observado la inasistencia del paciente a sus citas de control y la necesidad de un reforzamiento constante para motivarlo a continuar con su esquema de tratamiento. Dentro de los factores que han sido considerado dentro de esta temática del abandono del tratamiento es el aspecto social y cultural que han sido poco estudiados, por lo que los autores de este estudio consideran que estos aspectos podrían estar determinando el comportamiento del paciente en relación al abandono.

### **1.3 Objetivo General**

Conocer los factores sociales y culturales que se asocian con el abandono del tratamiento antituberculoso.

#### **Objetivos Específicos**

- a) Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso.



- b) Identificar los factores sociales y culturales que se presentan con más frecuencia en los casos de abandono.
- c) Perfilar los principales motivos por los que se abandona el tratamiento antituberculoso.

## 11. Marco Teórico.

### 2.1 Epidemiología de la Tuberculosis Pulmonar

El problema de la Tuberculosis Pulmonar constituye un importante problema de salud pública. A nivel mundial se estima aproximadamente en 8 millones las personas enfermas, de las cuales menos de la mitad de ellas inician y terminan el tratamiento.

En 1990 la mortalidad por tuberculosis mostró una tasa de 6.69 por cada 100,000 habitantes ocupando un 16o. lugar a nivel nacional. La tasa de mortalidad para Nuevo León en ese mismo año fue de 6.78 por cada 100,000 habitantes ocupando un 12o. lugar. (PNS 1992).

En 1992 la mortalidad por causa de la Tuberculosis en toda sus formas vuelve a ocupar el 12o. lugar. en la población de 15 a 24 años, el 13o. lugar en la población de 45 a 65 años, el 8o. lugar en la población de 65 a más 10o. lugar. (S.E.S. 1992).

Respecto a la morbilidad general la Tuberculosis Pulmonar en la población de 15 a 24 ocupó el 24o. lugar. En la población de 45 a 64 años ocupó el 16o. lugar. En la población de 65 a más años ocupó el 12o. lugar (S.E.S. 1992); analizando estos datos estadísticos se llega a la conclusión que después de dos años la tuberculosis se mantiene en 12o. lugar con una diferencia mínima en cuanto a los lugares que ocupa por edades.

Los pacientes que abandonan el tratamiento son portadores bacilíferos que infectan a las personas susceptibles.

En los programas de salud se debe reconocer que los individuos con enfermedades crónicas toman decisiones con respecto al seguimiento o abandono del tratamiento. Estas decisiones que llevan a los individuos a iniciar o mantener conductas saludables tienen en su origen la cultura y sus motivaciones.

## **2.2 La tuberculosis Pulmonar Etiopatogénia y Tratamiento**

La tuberculosis pulmonar es una de las enfermedades más antiguas y extendidas en el mundo. En el siglo XVI Fracastorio sospecho de la naturaleza infecciosa de la Tuberculosis y Villemin en 1865 demostró que se podía transmitir por medio de inoculación de material Tuberculoso., Freeman (1989). En 1882 Koch identificó el bacilo de la Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad endémica en zonas de extrema pobreza. El agente etiológico es el *Mycobacterium Tuberculosis*, bacilo ácido alcohol resistente, existen otras variedades como el *Mycobacterium bovis* y las micobacterias atípicas que causan la enfermedad con menor frecuencia. La fuente de infección la constituye el propio hombre y el mecanismo de transmisión es por inhalación de partículas de esputo que contiene el *Mycobacterium Tuberculosis*. El bacilo se reproduce lentamente, al inicio ocasiona poca reacción inflamatoria de los tejidos. En casi todos los casos existe diseminación linfática o hematogena. Se estima que en el 99 por ciento de los casos la infección permanece inactiva, pero cuando se presentan condiciones

désfavorables como desnutrición, diabetes, alcoholismo, uso prolongado de esteroides, tabaquismo y embarazo puede reactivarse el *Mycobacterium tuberculosis* en ápices pulmonar o ganglios linfáticos. Flores (1990).

El cuadro clínico se caracteriza porque la primoinfección se presenta en la infancia y generalmente no se percibe, puede manifestarse con tos, hiporexia por lo que se confunde con otras infecciones respiratorias, ocasionalmente existe derrame pleural o bien obstrucción bronquial. La reactivación de la tuberculosis es insidiosa y con tendencia crónica, en la mayoría de los casos, se presenta fiebre vespertina, sudoración nocturna, pérdida de peso, hiporexia, tos seca o productiva, puede haber dolor y hemoptisis.

El método de diagnóstico definitivo es el estudio bacteriológico de la expectoración. La baciloscopia directa identifica los casos positivos en un 85 por ciento con una sola muestra, 95 por ciento con dos muestras y cerca del 100 por ciento, con tres muestras. El estudio se indica en tosedores crónicos (mas de 2 semanas) ya que se estima que el 6 por ciento de ellos son tuberculosos. El cultivo es necesario en los casos con baciloscopias persistentes positivas o cuando no responden al tratamiento. La radiografía de tórax no establece el diagnóstico, sin embargo, ayuda a conocer el tipo y extensión de las lesiones y a evaluar la respuesta al tratamiento. (Flores 1990)

El tratamiento debe ser integral: medicamentoso, nutricional, higiénico y educativo; a fin de garantizar el éxito. El seguimiento del caso es fundamental para reforzar en el paciente la necesidad de la continuidad del tratamiento y el control de los contactos.

El tratamiento medicamentoso debe lograr el máximo efecto bactericida e impedir la resistencia, para ello existen dos esquemas básicos que combinan tres o más drogas.

El tratamiento primario y el secundario. El primario puede ser estándar o acortado ya sea autoadministrado o supervisado.

El secundario siempre es supervisado.

El primario o de corta duración es a base de isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida en una fase intensiva de 60 dosis con duración de 10 semanas y la fase de sostén que es de 30 dosis administrados 2 veces a la semana por 15 semanas y contiene Isoniacida y Rifampicina. El secundario es de 12 meses de duración o más hasta completar 210 dosis, los medicamentos administrados en una sola toma son estreptomina, Pirazinamida y Etambutol. Este tratamiento es en fase intensiva hasta completar 90 dosis, en la fase de sostén, la administración de fármacos es de 3 veces por semana, hasta completar 120 dosis como lo dicta el manual de normas y procedimientos para la prevención y control de la Tuberculosis S.N.S. (1991).

El tratamiento nutricional es a base de una dieta normal completa

hipercalórica e hiperproteica que ayude a ganar peso al paciente.

El tratamiento higiénico consiste, en el manejo correcto de secreciones, desinfección de fomites, saneamiento de la vivienda, manejo correcto del paciente dentro de la familia (evitar hacinamiento, favorecer el reposo, higiene personal y apoyo emocional).

La orientación sobre la enfermedad, complicaciones, reacciones al medicamento, resistencia al bacilo y los mecanismos de transmisión deben discutirse con el paciente y su familia a fin de que estén orientados acerca de la importancia que tiene el apoyo al tratamiento, ya que el efecto de este puede ser en un 98 por ciento satisfactorio logrando la recuperación del paciente.

### **2.3 Programa de Control de la Tuberculosis.**

A fines de la década de 1940, se estableció un clima de seguridad con respecto al control de la Tuberculosis por la disponibilidad de la vacunación con B.C.G., el examen colectivo de rayos X y quimioterapia. Se proyectó que para 1975 como resultado de las campañas masivas sería factible su total control. Sin embargo a partir de 1960 se reconoció por el comité de expertos de Tuberculosis de la O.M.S. que los aspectos administrativos de los servicios de salud y la naturaleza de la enfermedad estaban bloqueando la eficacia técnica y las

posibilidades del control de la enfermedad Toman (1980). En razón a estos señalamientos, este comité recomienda la necesidad de establecer un programa de control de la Tuberculosis que asegure una total y real cobertura de prevención, detección, y control de este problema de salud.

El programa de control de la Tuberculosis incluye las siguientes líneas de acción:

- a) Localización de Casos.
- b) Tratamiento Químico Terapéutico.
- c) Vacunación con B.C.G.
- d) Elementos de Apoyo Administrativo.
- e) Investigación y Docencia.

Se recomienda que este programa se incorpore desde el nivel nacional, estatal y local a los servicios de salud y que estas acciones llegaran desde la unidad de salud mas básica de primer nivel, hasta el hospital regional de mas alta especialización.

En México el programa de control contra la Tuberculosis según el Programa Nacional de Salud (1990 - 1994) establece:

" La tuberculosis es una enfermedad endémica, con inclinación natural al descenso ligero de la morbilidad y mortalidad. La Tendencia descendente se puede acelerar por la aplicación de la vacuna B.C.G. en coberturas superiores al 95 por ciento. Y por las actividades de detección y tratamiento oportuno de los casos."

**Los Objetivos Son:**

- Interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Disminuir los riesgos de la primoinfección natural mediante la aplicación de la vacuna B.C.G.
- Aumentar la detección de casos de Tuberculosis Pulmonar.

**Las Líneas Estrategias Fundamentales Son:**

- Lograr que todas las instituciones del sistema de salud participen en las actividades del programa.
- Conseguir que las medidas de control se apliquen con oportunidad y sean gratuitas.
- Incrementar la vacunación con B.C.G. particularmente en los recién nacidos.
- Revacunar, al ingresar a la escuela primaria, a los niños que recibieron la B.C.G. antes de cumplir un año.
- Incrementar la detección de casos de Tuberculosis Pulmonar por medio de la Microscopía directa del esputo, practicada a tosedores sintomáticos que acudan a consulta en los servicios de salud e iniciar de inmediato el tratamiento Quimioterápico ambulatorio.
- Utilizar el esquema de tratamiento primario de corta duración supervisado, por ser más efectivo y económico.
- Establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes servicios de salud, con el fin de que los pacientes reciban el tratamiento supervisado en la unidad de atención médica



de su preferencia.

- Mantener un sistema permanente y oportuno de información intra e interinstitucional.
- Establecer un sistema permanente de capacitación, en los diferentes niveles de acción.

#### **2.4 Modelo de Creencias de Salud Para Explicar el Abandono del Tratamiento.**

El Modelo de creencias de salud (M.C.S.) de ROSENSTOCK (1966) proporciona un marco teórico de investigación que permite explorar por que las personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan.

El modelo fué visto potencialmente útil para predecir que individuos usarían o no usarían los servicios preventivos y sugerir intervenciones que aumenten el uso de servicios y acciones preventivas y protectoras de salud.

El modelo se derivó de la teoría de LEWIN en donde se conceptualiza que "El espacio de vida en la que existe el hombre esta compuesto por regiones, algunas con valencia Positiva, Negativa y Neutra" donde la enfermedad es una región de valencia negativa que aleja a la persona de la región y las conductas (estilos de vida) preventivas evitan las regiones negativas.

Los resultados de los primeros estudios apoyaron parcialmente el potencial predictivo del modelo de creencias de salud, el que fue refinado por BECKER (1974).

El modelo de creencias de Salud plantea la Hipótesis de que la acción que se emprende en este caso el uso de los servicios preventivos de salud esta relacionada a tres clases de factores.

- (1) La existencia de la motivación o preocupación por la salud.
- (2) La creencia de que no es susceptible o vulnerable a un problema serio, condición, enfermedad o secuela de esta (amenaza percibida).
- (3) La creencia de que el seguir recomendaciones, o indicaciones es de beneficio para reducir las amenazas percibidas a un costo relativamente aceptable: El costo se refiere a barreras percibidas que se presentan en el intento de seguir indicaciones o recomendaciones.

En 1988 ROSENSTOCK amplia su modelo de creencias con las aportaciones de la teoría del aprendizaje social, la cual hace 2 contribuciones a las explicaciones de la conducta relacionada con la salud que no están incluidas en el modelo de creencias, una es el énfasis para adquirir expectativas. Entre las fuentes de información se consideran cuatro que son; logros de realización o desempeño, la experiencia sustituta, la persuasión verbal y el estado fisiológico. Estas fuentes pueden ser consideradas si deseamos motivar una conducta. Los logros del desempeño son las fuentes de mayor influencia de la información de la eficacia, porque es basada en la experiencia o dominio personal. La experiencia sustituta se obtiene a través de la

observación del desempeño o no exitoso de los demás. La persuasión verbal se emplea en la educación para la salud y puede influir en la expectativa de resultados o en los incentivos. Por último los estados fisiológicos como ansiedad, angustia, depresión pueden informar correctamente o no, de que es incapaz de sostener una determinada conducta o acción.

La segunda contribución importante es el concepto de autoeficacia. La cual es definida como la convicción de que puede exitosamente ejecutar la conducta requerida para producir los resultados.

Sintetizando el M.C.S. tiene 3 componentes básicos que son percepciones individuales, (susceptibilidad y severidad) factores modificadores (variables demográficas estructurales y sociopsicológicos) y variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios percibidos y barreras, así como señales de acción), además de agregar un cuarto componente que sería la autoeficacia.

Para el presente estudio se consideraría el M.C.S. en los siguientes aspectos: percepciones individuales (Susceptibilidad y Severidad), factores, modificadores (edad, sexo, ocupación) variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios, barreras y autoeficacia). (Rosenstock 1988)

## **2.5 Estudios Relacionados con el Abandono del Tratamiento:**

El abandono del tratamiento antituberculoso a sido estudiado por diferentes profesionales con enfoques diversos.

Una investigación experimental (Martínez, et. al. (1982) realizada con el propósito de conocer los factores que influyen en el abandono del tratamiento, estudió a 20 familias de pacientes con tuberculosis que terminaron su tratamiento (Grupo I) y 20 familias que lo abandonaron (Grupo II). En éste último grupo se observó mayor analfabetismo. Las condiciones higienicodietéticas eran deficientes. Se encontró un mayor porcentaje en familias con dinámica alterada y con más de un paciente con tuberculosis pulmonar por familia. Un bajo porcentaje de los pacientes tenían información adecuada de la enfermedad e identificación entre el grupo familiar y el equipo de salud.

El 50 por ciento de las familias del grupo II, se sometió a un programa de vigilancia familiar y logró la recuperación e incremento de la información sobre la enfermedad y la identificación con el personal médico.

Los autores concluyeron que las principales causas del abandono fueron falta de información sobre la enfermedad y la identificación inadecuada entre el grupo familiar y el equipo médico. Las condiciones sociales y educativas deficientes así como la dinámica familiar muy alterada hacen difícil la comunicación entre el paciente y el equipo médico.

En 1986 (Alonso y García) realizaron un estudio exploratorio en 174 pacientes del área metropolitana de Monterrey, para conocer la evolución de los pacientes bajo tratamiento antituberculoso, encontrando lo siguiente: La edad más frecuente de los que habían abandonado eran de 15-44 años del sexo masculino y baja escolaridad, la proporción de pacientes dados de alta con un año y más de tratamiento fué baja (44 por ciento) y de ellos un alto porcentaje (55) presentaban signos y síntomas respiratorios, el riesgo de infección para las familias fué de 21 por ciento y se afirma deficiencias en el seguimiento en el domicilio del paciente, problemas administrativos para manejar el expediente y la tarjeta de control. Por otra parte se encontró que los pacientes estaban poco informados a cerca de su enfermedad.

En 1987 en la Facultad de Salud Pública de la U.A.N.L. se realizó un estudio sobre las razones que tiene el paciente para abandonar el tratamiento antituberculoso en Ciudad Guadalupe, Nuevo León en el cual se observó que el 67 por ciento de los pacientes tenían baja escolaridad y entre las causas de abandono se encontraron: Sensación de mejoría en los primeros tres meses del tratamiento un 57 por ciento. Presencia de efectos colaterales 36 por ciento y de dificultad de conseguir el tratamiento 7 por ciento. Al aplicar la prueba de chi cuadrada con un nivel de significancia de 0.05 se encontró que existía relación entre la baja escolaridad y las causas de abandono.

Paz M (1994) realizó un estudio descriptivo correlacional de 39 pacientes donde se encontró que el mayor porcentaje de pacientes eran del grupo de 15 a 44 años (59 por ciento) con predominio del sexo masculino (67 por ciento) baja escolaridad (72 por ciento) y un alto porcentaje (46 por ciento) desconocía la duración del tratamiento.

Entre los casos de abandono un 31 por ciento refirió que lo había dejado por presentar mejoría y efectos de los medicamentos.

## **2.6 Adaptación del modelo de creencias de salud**

Para el estudio de factores sociales y culturales asociados con el abandono al tratamiento antituberculoso.

El abandono del tratamiento del paciente Tuberculoso se presenta debido a la dificultad por explicarse los factores fundamentales que producen el no apego al tratamiento. (Rubel y Garro 1992). El modelo de creencias de salud Rosenstock (1988) puede explicar las decisiones que toma el paciente para abandonar o continuar con el tratamiento antituberculoso. 1993 Paz Morales (1994), realizó una primera adaptación a este modelo para conocer si las creencias de salud (algunos factores culturales) influían en el motivo de abandono del tratamiento. encontrando que las directrices de acción interna como: reacciones al tratamiento y sentirse bien fueron mayores en los

que abandonaron por sentir mejoría y mostró relación significativa ( $P= 0.05$ ).

Los autores del presente estudio, realizaron una segunda adaptación del modelo de creencias de salud, (Rosenstock 1988) incorporando la autoeficacia, y redireccionando los factores sociales como modificadores de las decisiones del paciente; partiendo de que los factores sociales y culturales están relacionados dialécticamente y en conjunto influyen las decisiones del paciente para abandonar o continuar con el tratamiento.

Por otra parte se reconoce en esta adaptación que las señales de acción como la orientación al paciente, el seguimiento en el domicilio por el personal de salud, el apoyo familiar y la educación masiva para la atención del paciente con Tuberculosis influye en los factores sociales y culturales, así como en la toma de decisiones del paciente.

**ESQUEMA ADAPTADO POR LOS AUTORES DEL ESTUDIO  
DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD**  
Para el estudio Factores Sociales y Culturales  
Asociados con el Abandono al Tratamiento Antituberculoso

<p><b>Factores Culturales</b> <b>Percepciones Individuales</b> <b>Susceptibilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Acepta la enfermedad</li> <li>. Familiares enfermos</li> <li>. Por contacto</li> <li>. Recaídas enf. critica</li> </ul> <p><b>Severidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Daños o complicaciones incapacidad</li> <li>. Enfermedades agudas</li> <li>. Consecuencias a su vida por no seguir tratamiento</li> </ul> <p><b>Autoeficacia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Exito en seguir indicaciones o régimen al trat.</li> <li>. Exito de otras perona con tratamiento</li> </ul>	<p><b>Factores Sociales Modificadores</b></p> <p><b>Características Demográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Curación total</li> <li>. Edad</li> <li>. Sexo</li> <li>. Estado Civil</li> <li>. Ocupación</li> <li>. Escolaridad</li> <li>. Procedencia</li> <li>. Tiempo radicar</li> <li>. Nivel económico</li> </ul> <p><b>Aspectos Sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Posición familiar</li> <li>. Religión</li> <li>. Concepto de salud</li> <li>. Conocimientos sobre enfermedad y tratamiento</li> </ul>	<p><b>Toma Decisiones (Influencia)</b></p> <p><b>Beneficios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Rientajos del tratamiento</li> <li>. Aceptación de Familiar y amigos</li> </ul> <p><b>Barreras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Del tratamiento efectos colaterales</li> <li>. Administrativo</li> <li>. Humano</li> <li>. Medicamentos</li> <li>. Atención</li> </ul>
---	--	---

A B A N D O N O  
D E  
T R A T A M I E N T O

**Señales de Acción**

- . Orientación del Personal
- . Seguimiento en domicilio
- . Apoyo Familia
- . Educación Masiva

Modelo original del esquema de creencias de salud I. Rosenstock 1966) y Rosenstock y Becker (1988)



### III. HIPOTESIS

- Hi Los factores sociales y culturales están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi<sub>1</sub> Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi<sub>2</sub> Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi<sub>3</sub> Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi<sub>4</sub> Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

#### **IV. Material Metodos y Procedimientos**

##### **4.1 Comprobación de Hipótesis**

Se anexa al informe la operacionalización de las variables del estudio, los indicadores, Items y los rangos para evaluar la información para la comprobación de hipótesis (anexo 1)

##### **4.2 Sujetos**

La población estudiada, y la unidad de estudio fueron los pacientes de ambos sexos que habian abandonado el tratamiento antituberculoso por más de 30 días y que residan en los Municipios de Guadalupe, Apodaca y Ciudad Juárez Nuevo León, las cuales pertenecen ala área de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria #4 de la SES.

El total de pacientes registrados en los archivos oficiales de la Jurisdicción Sanitaria #4 son de 55 pacientes diagnosticados como tuberculosos entre Enero - Diciembre de 1993.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, intencional y por cuota (Rojas Soriano 1991).

Fue intencional porque se indagó específicamente a los pacientes Tuberculosos que habian abandonado el tratamiento. Fué por cuota, porque de acuerdo a los archivos del Departamento de Epidimiología de la Jurisdicción Sanitaria #4 se reportaron que aquellos que hanbian abandonado, y fueron 55 pacientes de los cuales, se estudiaron a 48 pacientes ya que el resto no fue localizado en su domicilio, o se cambio de residencia.

### 4.3 Métodos y Procedimientos

De acuerdo al problema, a las hipótesis y los objetivos planteados en el estudio este fue de tipo, descriptivo retrospectivo y de corte transversal (Rojas Soriano 1991). Esta metodología permitió describir los motivos de abandono del tratamiento, perfilar a los pacientes describiendo sus características personales sociales y culturales y asociar las variables de factores sociales y culturales con el abandono del tratamiento antituberculoso. Fué retrospectivos por que se estudio del efecto a la causa; y fue transversal porque el estudio se realizo en un momento dado del tiempo en una sola visita.

La información se recolecto a través de un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas (anexo 2) y se apoyo para el levantamiento de datos con su instructivo (anexo 3).

El cuestionario tiene 5 apartados y 39 preguntas las cuales se organizaron de la siguiente manera:

- a) Ficha de identificación, la cual incluye datos generales, número de encuesta, nombre y domicilio del encuestado.
- b) Factores sociales, se indagaron aspectos sociales relacionados con la persona como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, seguridad social, concepto de salud y conocimiento de la enfermedad.

- c) Factores culturales, incluyen datos sobre la susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia acerca del tratamiento antituberculoso.
- d) Se estudiaron las señales de acción tales como: orientación del personal de salud, seguimiento del tratamiento en el domicilio, apoyo familiar y educación masiva.
- e) Se indago sobre el abandono del tratamiento, este incluye, tiempo de abandono, motivos de abandono, respuesta posterior al abandono del tratamiento antituberculoso, necesidad de ayuda para reiniciar el tratamiento y tipo de ayuda.

Para la preguntas cerradas se establecieron criterios de evaluación de dos a ocho opciones. Para las preguntas abiertas se elaboran listados de codificación para facilitar el llenado de las preguntas se elaboró también el instructivo del cuestionario. Se realizo una prueba piloto para validar la claridad y comprensión del instrumento así como medir el tiempo que se requiere para su llenado.

La prueba piloto se aplico en 15 individuos de ambos sexos pertenecientes a la jurisdicción sanitaria #3 de la S.E.S.; después de contestar los cuestionarios, se tabularon y concentraron los datos para corregir y adaptar el instrumento y obtener una aproximación de lo que pudiera aparecer en el estudio.

Plan operacional; para el desarrollo del estudio se realizaron las siguientes etapas.

1. Aprobación del protocolo de investigación por la división de postgrado de la Facultad de Salud Pública.
2. Aplicación de la prueba piloto por los investigadores.
3. Adaptación y corrección del instructivo, encuesta y muestra.
4. Entrenamiento de tres Licenciados en Enfermería que colaboran como encuestadores.
5. Aplicación de la encuesta en la muestra seleccionada.
6. Revisión de los investigadores del llenado de las encuestas que estén completas y codificar.
7. Elaboración del Programa de captura de datos para posteriormente usar el programa estadístico SPSS.
8. Captura de la información por medio de la computadora.
9. Elaboración del listado de frecuencias de las variables con sus respectivos cuadros de contingencia.
10. Elaboración de cuadros de cruces de variables para el análisis estadístico.
11. Aplicación de los estadísticos de la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) y la prueba de correlación de V de Cramer, utilizada para variables nominales.
12. Análisis e interpretación de los resultados a la luz de los estadísticos utilizados y de la teoría.
13. Elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones.

14. Elaboración del informe de tesis.
15. Entrega de 10 ejemplares de la tesis a la división de Postgrado de la Facultad de Salud Pública.

#### **4.4 Etica del Estudio**

Para llevar a cabo el estudio se solicitó autorización del jefe de la jurisdicción sanitaria #4 y del responsable de epidemiología, así mismo se solicito la autorización de los responsables de cada centro de salud comunitario a fin de que se facilitara la información requerida, finalmente se solicito la participación voluntaria de cada uno de los enfermos, y explicando en forma detallada los objetivos y razones del estudio, garantizandoles la confidencialidad de la información proporcionada.

Se respeto la decisión de las personas que no desearon participar en el estudio.

Los resultados del estudio se entregaran a las autoridades de la Jurisdicción sanitaria #4 a fin de que puedan ser utilizados en programas de atención al paciente tuberculoso.

## V. Análisis de Resultados

Los resultados se presentan en el orden en que fué obtenida la información de cada una de las variables del estudio. En primer termino se describen los aspectos sociodemográficos y de los elementos que conforman los factores sociales y culturales relacionados con el abandono del tratamiento.

De igual manera se muestran las señales de acción como en la orientación, seguimiento y apoyo familiar que pudieran estar asociadas con el abandono del tratamiento; estos datos permiten caracterizar y conocer la comunidad de estudio; esta información se presenta en frecuencias y proporciones.

En seguida se muestra los resultados donde se correlacionan las variables del estudio, se indica los estadísticos obtenidos a través de Chi cuadrada, la V de Cramer y Covariancia.

Por último se interpretan los datos obtenidos a partir de las hipótesis planteadas en el estudio y los elementos teóricos conceptuales.

### 5.1 Descripción de Resultados

A continuación se presentan 39 figuras con datos que caracterizan y permiten conocer los factores sociales, culturales y señales de acción relacionadas con el problema de estudio en los municipios de Guadalupe, Apodaca y Juárez Nuevo León pertenecientes a la Jurisdicción No. 4

El análisis estadístico muestra 42 cuadros de correlación de las variables estudiadas que permiten eventos la comprobación de las hipótesis.