

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



CREENCIAS DE SALUD Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. MARIA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1994

TM

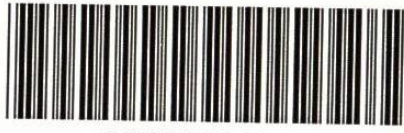
Z6675

.N6

FEn

1994

P3

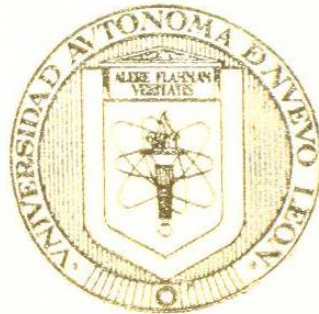


1020072201

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



CREENCIAS DE SALUD Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA

LIC. EN ENF. MARIA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1994

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

CREENCIAS DE SALUD Y ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS.

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

P R E S E N T A:

LIC. EN ENF. MARIA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

MONTERREY, N.L., FEBRERO DE 1994.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ÁREA DE POSTGRADO

TM
26675
06
FEU
1994
P3

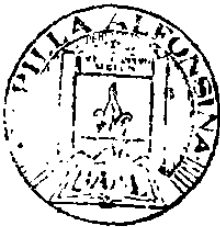
TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN EL MANEJO DE LA

ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

TESIS

QUE OPTA AL GRADO DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON

ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA



PRESENTA:

FONDO TESIS

32984

MONTREY, N.L., FEBRERO DE 1994.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

CREENCIAS DE SALUD Y ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES ADULTOS.

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. MARIA DE LOS ANGELES PAZ MORALES

ASESOR:

LIC. EN ENF. ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, M.S.C.

MONTERREY, N.L., FEBRERO DE 1994

NOTA DE APROBACION

COMITE DE TESIS

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad.

A mis padres: Serapio y Blanca Hilda, por su gran amor y
apoyo, que siempre me han brindado.

A mis hermanos y cuñados: Ma. Teresa y Gerardo

Serapio y Abigail

Raúl

Arturo

Evangelina

Blanca Hilda

Verónica

Jesús Alberto

A mis grandes amores: mis sobrinos: Mayra Teresa

Alejandra

El bebé

Yessica Yahaira

Jonathan Gadiel

Tabata Melisa

A mis abuelitos maternos: Raúl (+) y Evangelina (+)

A mis abuelitos paternos: Serapio y María

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Esther C. Gallegos Cabriales, por su valiosa asesoría en la presente tesis.

A mis maestros de la Facultad de Enfermería de Post-grado: Lic. Magdalena Alonso Castillo, Lic. Dora Elia Silva Luna, Lic. Bertha Cecilia Salazar, Lic. Ma. del Refugio Durán, Lic. Amparo Pérez Elizondo (+), Lic. Angelita Luna y demás maestros. Así como al personal administrativo y amigos de Post-grado, por compartir sus experiencias y enseñanzas.

A las Instituciones de Salud, que brindaron su apoyo para el desarrollo de la presente tesis.

A la Lic. Mariana López de Laredo, al Lic. Francisco Rocha, a la Lic. Ofelia Peña por su apoyo y facilidades otorgadas para el procesamiento de datos.

A la Dra. Genoveva Hinojosa Garza, por el estímulo en la superación profesional en Enfermería.

A la Lic. en Enf. Rosa Nury Maurois Hernández, por su apoyo en el procesamiento de datos.

R E S U M E N

La tuberculosis pulmonar en México, representa un problema de salud pública por su incidencia y asociación con factores económicos, sociales y culturales, así como por las altas tasas de abandono del tratamiento establecido. (Sub-Grupo Coordinador Interinstitucional de Control de la Tuberculosis. Sistema Nacional de Salud [SGCICT. SNS], 1992).

En este estudio se abordó el fenómeno de abandono del tratamiento antituberculoso a través del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1988) La pregunta de investigación que se planteó fue: ¿Existe diferencia entre las creencias de salud del paciente con tuberculosis pulmonar según el motivo de abandono que manifiesta?

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal en 39 pacientes seleccionados a través de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Los resultados mostraron características demográficas similares a las encontradas en poblaciones de otros estudios. Al aplicar la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrada, se aceptó que las creencias de salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar son semejantes aunque el motivo de abandono manifestado sea diferente. Solamente las directrices de acción internas mostraron diferencia significativa ($p=0.05$) entre los dos grupos formados para analizar los datos.

INDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
INDICE GENERAL	iv
LISTA DE FIGURAS	v
C A P I T U L O I	
INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Hipótesis	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Importancia del estudio	8
1.5 Limitaciones del estudio	9
1.6 Definición de términos	10
C A P I T U L O II	
MARCO DE REFERENCIA	12
2.1 Modelo de Creencias de Salud	12
2.2 El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis	15
2.3 Adaptación del modelo al caso del paciente con tuberculosis pulmonar	18
2.4 Investigaciones sobre abandono	19

C A P I T U L O I I I

METODOLOGIA	24
3.1 Diseño del estudio	24
3.2 Sujetos	24
3.3 Material	25
3.4 Procedimiento	26
3.5 Etica del Estudio	27

C A P I T U L O I V

RESULTADOS	28
4.1 Factores demográficos, sociales y estructurales	28
4.2 Directrices de acción	35
4.3 Creencias de salud	37
4.4 Análisis de datos	40

C A P I T U L O V

DISCUSION	42
5.1 Conclusiones	46
5.2 Recomendaciones	48

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
----------------------------	----

A P E N D I C E S

APENDICE A. Instrumento

APENDICE B. Instructivo del instrumento

APENDICE C. Programa de procesamiento de datos

APENDICE D. Registro de autorización de estudio

- APENDICE E. Susceptibilidad vs. Motivo de Abandono
- APENDICE F. Severidad vs. Motivo de Abandono
- APENDICE G. Factores sociales y estructurales vs. Motivo de Abandono
- APENDICE H. Directrices de Acción Internas vs. Motivo de Abandono
- APENDICE I. Directrices de Acción Externas vs. Motivo de Abandono
- APENDICE J. Beneficios vs. Motivo de Abandono
- APENDICE K. Barreras vs. Motivo de Abandono

LISTA DE FIGURAS

Número		Página
	FACTORES MODIFICADORES: DEMOGRAFICOS, SOCIALES Y ESTRUCTURALES.	
1	Proporción de población por Grupo de Edad.	28
2	Proporción de población por Sexo.	29
3	Proporción de población por Estado Civil.	30
4	Proporción de población por Escolaridad.	31
5	Proporción de población por Religión.	32
6	Proporción de población según Posición en la familia.	33
7	Proporción de población según Apoyo Familiar, Valor a la Salud y Duración del Tratamiento.	34
	DIRECTRICES DE ACCION	
8	Proporción de respuestas afirmativas y negativas a directrices de acción internas.	35
9	Proporción de respuestas afirmativas y negativas a directrices de acción externas.	36
	CREENCIAS DE SALUD	
10	Proporción de respuestas afirmativas y	37

negativas a susceptibilidad y severidad
percibidas.

- | | | |
|----|---|----|
| 11 | Proporción de respuestas afirmativas y
negativas a beneficios y barreras percibidas. | 38 |
| 12 | Proporción de población según Motivo de
Abandono. | 39 |

CAPITULO I. INTRODUCCION

La enfermera comunitaria al desempeñarse en unidades del primer nivel de atención ha encontrado que el abandono a los regímenes terapéuticos recomendados por cualquiera de los integrantes del equipo de salud, constituye uno de los problemas más frecuentes en personas que padecen una enfermedad crónica.

Llegar a controlar satisfactoriamente los padecimientos crónicos obliga a los pacientes a efectuar cambios en sus estilos de vida, además de apegarse a las prescripciones de terapéutica médica. Schmieder (s.f.) señala que el no apego se presenta en un 30 a 50 por ciento de los pacientes con enfermedades crónicas y se encuentra influenciado por factores como; la complejidad, duración y magnitud del cambio impuesto por el régimen, las inconveniencias clínicas, la insatisfacción del paciente, la creencia en salud y la falta de apoyo social o institucional.

El abandono del tratamiento se presenta también en padecimientos cuyo tratamiento es prolongado, como en el caso de la tuberculosis pulmonar. Este padecimiento en nuestro medio constituye un importante problema de salud pública que no ha sido controlado de manera total. A nivel mundial la incidencia anual de casos nuevos se estima aproximadamente en 8 millones. (Ramos, Yañez, Vargas y Cano, 1993). En muchas naciones menos de la mitad de las personas

que inician tratamiento lo terminan, (Rubel y Garro, 1992) ésta situación sugiere que quizá el problema no radique en modificar los esquemas médicos, sino en que no hay conciencia clara de las dificultades presentadas para el apego al tratamiento.

El problema del abandono del régimen terapéutico tiene como consecuencia que el padecimiento perdure por varios años con la posibilidad de producir incapacidad parcial o total en el paciente por posibles complicaciones, lo cual repercute en su productividad y contribuye a la elevación de la tasa de morbi-mortalidad.

El Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis estima que los esquemas de regímenes terapéuticos tienen de un 95 a un 98 por ciento de efectividad cuando se siguen las indicaciones dadas por los profesionales de la salud. Sin embargo, en varias ocasiones ha sido propuesta sólo la solución farmacológica, a un problema de índole más compleja, que deriva de factores como son: La confusión de la gente con relación a las implicaciones de los síntomas de la tuberculosis, el costo del transporte a los servicios de salud, el estigma social que se atribuye a la enfermedad, el costo del medicamento, los problemas organizacionales en el suministro adecuado de servicios complementarios y la percepción de los pacientes de las facilidades clínicas (Rubel y Garro, 1992).

Es necesario profundizar el conocimiento sobre los

factores socioculturales, que intervienen en la situación del abandono, ya que hasta ahora no han sido estudiados suficientemente. Entre ellos, el más sobresaliente es la cultura de salud del paciente, es decir, lo que piensa acerca de la naturaleza de un problema de salud, su causa y sus implicaciones. Esta cultura es utilizada para la interpretación de las manifestaciones clínicas, asimismo valorar la gravedad de éstas en la toma de decisiones con relación al personal de salud que proporciona la atención médica y la duración de su tratamiento. En virtud de lo anterior la presente investigación utiliza el Modelo de Creencias de Salud en el abordaje del problema del abandono al tratamiento del paciente adulto con tuberculosis pulmonar.

El problema ha sido estudiado bajo diferentes enfoques. Garza, Ureña y Villalón (1985) realizaron un estudio epidemiológico de la tuberculosis pulmonar en 475 pacientes de la zona noroeste de Monterrey, N.L. En él encontraron que el 59 por ciento de los pacientes continuaban bajo tratamiento, el 23 por ciento fueron dados de alta por curación, 8 por ciento abandonaron el tratamiento, 5 por ciento fallecieron, 5 por ciento se registraron como casos perdidos, 1 por ciento cambiaron de clínica y menos de 1 por ciento cambiaron de delegación. En el mismo estudio el perfil del paciente con tuberculosis pulmonar mostró las siguientes características: Mayor predominio del padecimiento en el sexo masculino, en personas mayores de 15 años, la mayoría de

ellos estaban casados, pertenecientes a la población económicamente activa, ubicados en nivel socioeconómico y educativo bajo. Estos pacientes mostraron disposición para iniciar el tratamiento pero no aceptaron lo prolongado del mismo.

Addington (1979) refiere que el fracaso en el cumplimiento de la quimioterapia antituberculosa apropiada es la barrera mas seria que prevalece para el control de la tuberculosis en los Estados Unidos. Se ha visto que la presencia de síntomas físicos produce un efecto elevado en la severidad percibida y esto repercute en el apego a los medicamentos prescritos, ya que los pacientes con frecuencia reportan que dejan de tomar su medicina al sentirse mejor.

Reynoso y Curiel (1988) estudiaron 255 casos de tuberculosis pulmonar localizados en el municipio de Monterrey, N.L. Los autores aplicaron un instrumento a los pacientes que abandonaron el tratamiento y otro al personal que atendía a dichos pacientes. El grupo de pacientes se caracterizó de la siguiente manera: El 20 por ciento habían abandonado el tratamiento, de éstos el 56 por ciento pertenecía al sexo masculino. El 62 por ciento eran casados y un porcentaje igual mostró baja escolaridad. Al cuestionarles sobre el motivo por el cual abandonaron el tratamiento, expresaron como causas: Problemas en la organización institucional (54 por ciento); no manifestaron el motivo (34 por ciento) y negaron haber abandonado el tratamiento (12 por ciento). En

la pregunta sobre las causas por las cuales abandonaron el tratamiento manifestaron las siguientes: Cambio de domicilio del paciente (24 por ciento); por considerar excesiva la cantidad de tabletas que tenían que tomar diariamente (24 por ciento); por haberse sentido bien (22 por ciento); y 30 por ciento no respondió. Del cuestionario aplicado al personal técnico médico se obtuvo la información sobre si el paciente asistía a su cita de control. El 52 por ciento respondió que si acudían, mientras que el 42 por ciento respondió que no y el 6 por ciento no contestó. Los autores concluyeron que probablemente los pacientes no estaban sensibilizados sobre la enfermedad que padecían.

Tanto la teoría como la evidencia dada por investigaciones y las observaciones en la práctica, sugieren que los factores socioculturales pueden ser los determinantes para el abandono o apego a tratamientos de duración prolongada. La finalidad del presente estudio fue identificar la influencia de las creencias de salud del paciente con tuberculosis pulmonar en la decisión de abandonar el tratamiento. Los hallazgos constituyen una aportación importante a la práctica profesional de la Enfermería Comunitaria, que tiene entre sus objetivos atender las necesidades de los pacientes con padecimientos que requieren regímenes terapéuticos prolongados.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abandono al tratamiento de la tuberculosis pulmonar continúa siendo un problema importante en el campo de la salud pública, a pesar de la implementación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Pulmonar, cuyas medidas de intervención son el suministro de quimioterapia adecuada y efectiva y localización de casos positivos a la baciloscopia. Ramos y cols. (1993) realizaron una evaluación de los resultados del tratamiento en 20,429 pacientes de 31 estados de la República Mexicana, donde se encontró que el 14 por ciento abandonaron el tratamiento. En otro estudio realizado en el Estado de Nuevo León (Departamento de Epidemiología. Sub-Secretaría Estatal de Salud [DE. SSES], 1989) durante un período de once meses, se evaluaron 175 pacientes con esquema de tratamiento primario, de los cuales el 29 por ciento abandonó su régimen terapéutico. En relación al esquema de retratamiento supervisado, el 42 por ciento de los pacientes abandonaron. Esta situación lleva a reflexionar acerca de los factores inherentes al paciente que pueden influir en el abandono al tratamiento, así como la calidad de los servicios de salud proporcionados, los cuales pueden ser una motivación importante para el paciente. Dentro de los factores poco estudiados, está el aspecto cultural; éste podría ser determinante del comportamiento con relación al abandono, por lo que en el presente estudio

se tomaron los elementos del modelo de creencias de Salud para abordar la pregunta de investigación:

¿Existe diferencia entre las creencias de salud del paciente con tuberculosis pulmonar según el motivo de abandono que manifiesta?

1.2 HIPOTESIS.

Hi: Las creencias de salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar, presentan diferencia según motivo de abandono.

Ho: Las creencias de salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar, no presentan diferencia según motivo de abandono.

Variable Dependiente: Motivo de abandono

Variable Independiente: Creencias de salud

1.3 OBJETIVOS.

Objetivo General:

Conocer la diferencia que existe entre las creencias de salud del paciente según motivo de abandono.

Objetivos Específicos:

1. Conocer las características demográficas, sociales y de conocimiento del paciente con tuberculosis que abandona el tratamiento.
2. Identificar las creencias de salud del paciente.
3. Conocer los motivos de abandono del tratamiento que refiere el paciente con tuberculosis pulmonar.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La Enfermería Comunitaria es el campo especializado de la Enfermería que focaliza las necesidades de salud del paciente en forma integral. Actúa en los primeros niveles de atención sumándose a la estrategia de atención primaria. La aplicación del Modelo de Creencias de Salud al problema del abandono del tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar, aporta al conocimiento de la disciplina aspectos culturales y sociales relacionados al concepto de atención al paciente crónico. Estos aspectos no se han enfatizado suficientemente, aunque se tiene evidencia que influyen en el abandono de los regímenes terapéuticos. Al tener mas claridad sobre cómo intervienen estos aspectos, la enfermera comunitaria considerará las creencias y el proceso de decisión que sigue el paciente crónico para apegarse al tratamiento establecido o para abandonarlo.

Cuando el personal de Enfermería pretende promover cambios en el paciente que involucran aspectos socioculturales, deberá reflexionar sobre la forma en que se dan estos cambios y cuál es el papel que juegan los profesionales de la Enfermería. Según el Modelo de Creencias de Salud, las directrices de acción pueden ser impulsoras de los cambios en las creencias del paciente. La aceptación de tratamientos prolongados que disminuyen el riesgo de transmisión de las enfermedades comunicables (como el caso de la tuberculosis pulmonar) resultarán en beneficio para el mismo paciente, para su familia y para la población en general. En resumen la importancia del estudio radica en la posibilidad de mejorar la práctica profesional de la Enfermería Comunitaria con grupos de pacientes que padecen enfermedades crónicas.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio de investigación fue realizado en pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron su tratamiento domiciliados en áreas urbano-marginadas, que se caracterizan por nivel socioeconómico y educativo bajos, por lo cual ello constituye una restricción para generalizar los resultados obtenidos a otro tipo de poblaciones.

Es importante resaltar que éste estudio se limitó al grupo de pacientes que abandonaron el regimen terapéutico, sin incluir aquellos que lo continuaron.

Con relación al instrumento utilizado, fue restringido el número de ítems para la medición de los elementos del Modelo de Creencias de Salud. La validez y confiabilidad del instrumento no fué determinada.

1.6 DEFINICION DE TERMINOS

1. Creencias de Salud: Son aquellas percepciones del paciente sobre su enfermedad con relación a:
 - a) Susceptibilidad percibida: Creencias del paciente de la posibilidad de recurrencia en caso de abandonar el régimen terapéutico, asimismo de que las personas que conviven directamente con él adquieran la enfermedad.
 - b) Severidad percibida: Percepción del paciente con tuberculosis pulmonar sobre las consecuencias de la enfermedad en el aspecto físico, familiar, social y laboral.
 - c) Amenaza percibida: Resulta de agregar la susceptibilidad y severidad percibidas.
 - d) Beneficios percibidos: Son las creencias del paciente acerca de los resultados favorables que podría obtener en caso de llevar su tratamiento.
 - e) Barreras percibidas: Son las dificultades o inconveniencias que el paciente percibe, le impidieron llevar a cabo acciones terapéuticas.

- f) Factores modificadores: Son aquellas características del paciente con tuberculosis pulmonar de tipo demográfico, social y estructural que pueden influir en forma favorable o desfavorable en las creencias y por lo tanto en la implementación de acciones.
 - g) Directrices de acción: Motivaciones internas y externas que influyen sobre la percepción de la amenaza y la consecuente posibilidad de que el paciente con tuberculosis pulmonar lleve a cabo el tratamiento.
2. Abandono de Tratamiento: Es la inasistencia continuada del paciente con tuberculosis pulmonar después de 30 días de la fecha de la última asistencia a la unidad de salud donde ha estado recibiendo su tratamiento. (SGCI-CT. SNS, 1992).
3. Motivo de abandono: Es la causa referida por el paciente que determinó el abandono del tratamiento como son: aquellas situaciones que derivan del paciente y las que son dadas por motivos externos.

CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA.

Para abordar el problema de investigación se integraron cuatro elementos: El Modelo de Creencias de Salud de Irwin Rosenstock (1988), El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la adaptación del modelo al caso del paciente con tuberculosis pulmonar que abandona su tratamiento y estudios de investigación.

2.1 Modelo de Creencias de Salud. El Modelo de Creencias de Salud surge en la década de los 50's en un intento de explicar la conducta de los individuos con relación a acciones preventivas y de detección de enfermedades. Posteriormente dicho modelo se ha utilizado para explicar el comportamiento de los pacientes que padecen alguna enfermedad, con relación al abandono al tratamiento (Becker, 1974).

Este modelo explica que la posibilidad de que una persona tome una acción de tipo preventivo o terapéutico está determinada por los elementos de: Susceptibilidad y severidad percibidas, los beneficios que se visualizan si se tomara la acción, y las barreras que se anticipa pueden presentarse para llevarla a cabo. Son también parte del modelo tres elementos que se agrupan bajo la categoría de factores modificadores: Demográficos, sociopsicológicos y estructurales. Otro de los factores son las directrices de acción, las cuales pueden tener su origen en factores inter-

nos y externos.

La susceptibilidad percibida es la creencia del paciente de que puede llegar a contraer una enfermedad o a sufrir una secuela, o a que recurra un padecimiento después de que se ha recuperado. Estas creencias van desde el extremo de negación completa del riesgo subjetivo hasta un sentimiento manifiesto de peligro. Es necesario que las personas se crean susceptibles para realizar acciones preventivas o terapéuticas.

La percepción de la severidad se refiere a la creencia de que al padecer una determinada enfermedad se podrían ver afectados algunos aspectos de la vida de los individuos como la capacidad física, la de relacionarse o la capacidad de desempeñarse en su empleo o negocio. La severidad percibida varía de acuerdo al tipo de padecimiento y a las complicaciones o secuelas derivadas de éste.

Con respecto a los beneficios percibidos, el autor especifica que son creencias acerca de la utilidad de emprender una acción de salud para reducir la amenaza, es decir, que tan efectivas pueden ser las acciones preventivas o terapéuticas para disminuir la susceptibilidad y severidad a que se siente expuesto el paciente. En forma colateral a los beneficios se perciben las barreras, que son las dificultades presentadas para llevar a cabo acciones terapéuticas relacionadas con exámenes, duración del tratamiento, accesibilidad de los servicios de salud en cuanto a horario,

distancia y trato por parte del personal.

Otro elemento dentro del modelo son los factores modificadores que se refieren a los aspectos demográficos, sociopsicológicos y estructurales del paciente y ejercen una influencia cultural importante en las creencias de salud. Los aspectos de tipo demográfico incluyen edad, sexo, escolaridad, entre otros. Dentro de los aspectos sociopsicológicos se menciona el estrato socio-económico, la influencia de grupos de referencia, como lo es la familia, que podría ser una motivación para el paciente. Los factores estructurales se refieren al conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad o a la experiencia previa con el padecimiento.

Las directrices de acción se refieren a los estímulos que impulsan a la acción, las cuales pueden ser internas y externas. Las internas se generan en el yo interno del paciente como es el caso de la sintomatología producida por la ingesta de medicamento o por procedimientos intrusivos de diagnóstico. Las directrices de acción externas provienen del medio ambiente como sería el caso de la información obtenida por medios auditivos y visuales o del apoyo que ejerce el grupo de trabajadores de salud, a través del conocimiento dirigido al paciente y su familia para promover la corresponsabilidad en la toma de decisiones.

Los factores antes mencionados se relacionan entre sí para dar lugar a una resultante que se conoce con el nombre de conductas o comportamientos en salud. Estas relaciones se

dan para explicar en primer término la amenaza percibida, el nivel de susceptibilidad mas la severidad percibida determinan en forma directa cual es el grado en que se siente amenazado un individuo. A su vez, la amenaza percibida se ve influida indirectamente por los factores modificadores y las directrices de acción, para ser uno de los determinantes de la probabilidad de toma de acciones que promuevan la salud o que prevengan la enfermedad. Esta probabilidad es a su vez determinada por un segundo elemento constituido por la diferencia que el paciente percibe entre los beneficios y barreras al llevarse a cabo una acción de salud.

2.2 El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Aplicar el Modelo de Creencias de Salud al paciente con tuberculosis pulmonar es importante sumarizar algunas características de la enfermedad y del programa. De acuerdo con Guyton (1987) la tuberculosis pulmonar es un padecimiento ocasionado por el *mycobacterium tuberculosis* (éste serotipo es específico de la especie humana) y en raras ocasiones por otros serotipos (*Mycobacterium avium*, *Mycobacterium bovis*). El *Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo aerobio estricto, requiere para su multiplicación presiones parciales de oxígeno entre 120-140 mm de Hg, temperatura ambiente de 38 grados centígrados, se destruye a temperaturas mayores de 45 grados y menores de 10. Entre otras condiciones que requieren para su multiplicación se

encuentran: PH neutro, humedad moderada y no exposición a la luz solar o ultravioleta. Este bacilo se trasmite por vía aérea cuando un enfermo tose o expectora, el cual se convierte en fuente de infección. Algunos de los factores propicios para desarrollar la enfermedad son las deficientes condiciones sanitarias, económicas y sociales. Al presentar el padecimiento, algunos de los signos y síntomas que se advierten son: la pérdida de peso, adinamia, astenia, anorexia gradual, progresivamente aparecen la tos, el esputo y la febrícula.

Aún cuando existe conocimiento de las medidas para controlar la tuberculosis, ésta continúa siendo un problema epidemiológico, social y económico, que afecta a un importante estrato de la población económicamente activa; ésta situación se refleja en los indicadores epidemiológicos. En 1990, la mortalidad por tuberculosis registró una tasa de 7 por cada 100,000 habitantes ocupando el 16o.lugar a Nivel Nacional. La tasa de mortalidad en Nuevo León en el mismo año fue de 7 por cada 100,000 habitantes ubicándose en el 12o.lugar (Dirección de Planeación. Sub-Secretaría Estatal de Salud [DP. SSES], 1990).

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (SGCICT. SNS, 1992) requiere de participación conjunta de gobierno y comunidad tendiente a reducir y a largo plazo, eliminar el problema epidemiológico, social y económico, así como el sufrimiento humano causado por el

padecimiento. Su propósito es el de romper la cadena de transmisión de la enfermedad y lograr su prevención y control a través de estrategias como son: vacunación con BCG, localización de casos positivos y de manera prioritaria, tratamiento de éstos.

Es del conocimiento general que el arma mas poderosa desde el punto de vista clínico y epidemiológico en el programa, es el tratamiento. Este se divide en primario y retratamiento. Las indicaciones para el esquema primario son: aquellos casos que son notificados por primera vez sin antecedente de tratamiento y los que lo abandonaron. El esquema primario consta de dos fases: La primera o intensiva en la que se administran 3 medicamentos (Isoniacida, rifampicina y pirazinamida) y la segunda o de sostén (en la que se suprime la pirazinamida). Este esquema tiene un período de duración de 6 meses.

El esquema de retratamiento se aplica en aquellos pacientes en que su esquema primario fracasó, debido a la persistencia del bacilo. Este consta de dos fases: La intensiva, en la cual se administra estreptomina o kanamicina, rifampicina, pirazinamida y etambutol; la otra fase es la de sostén, en la cual se elimina la estreptomina o kanamicina.

La administración del tratamiento puede ser supervisada, si es proporcionada por un proveedor de atención a la salud; o autoadministrada, donde el tratamiento queda bajo

la responsabilidad del paciente, quien debe visitar periódicamente el centro de consulta externa para su control.

2.3 Adaptación del Modelo al caso del paciente con tuberculosis pulmonar que abandona el tratamiento. En la práctica profesional se ha observado que la tuberculosis es un padecimiento que no se ha controlado totalmente, ya que uno de los problemas fundamentales es el no apego al tratamiento y con frecuencia el abandono total del mismo (Rubel y Garro, 1992).

El Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1988) explica que la decisión de abandonar o continuar el tratamiento antituberculoso está determinada directamente por los siguientes elementos: La susceptibilidad de que se repita la sintomatología de la etapa crítica de la tuberculosis y de que otros miembros de la familia o amigos se contagien del padecimiento. Asimismo por lo severo que sean las consecuencias de abandonar el tratamiento, es decir, el hecho de arriesgar la vida o presentar limitaciones en las actividades personales, familiares u ocupacionales. La susceptibilidad mas la severidad constituirán el nivel de amenaza percibida. Es posible que las barreras sean mayores que los beneficios en el caso del abandono. Todos éstos elementos del modelo están influidos por factores modificadores y directrices de acción. El siguiente esquema muestra la adaptación del Modelo al caso de la tuberculosis pulmonar.

ESQUEMA DE ADAPTACION DEL MODELO DE CREENCIAS AL CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR.

PERCEPCIONES INDIVIDUALES.

SUSCEPTIBILIDAD.

- Aceptación de la enfermedad.
- Consideró riesgo de la familia.
- Posibilidad de enfermar.

SEVERIDAD.

- Afectó relación familiar o de amigos.
- Consideró que la ocupación podría ser afectada.

FACTORES MODIFICADORES.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS.

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil.
- Escolaridad.

ASPECTOS SOCIALES

- Religión.
- Posición familiar.
- Es acompañado a la consulta.
- Es la salud lo más importante.

ESTRUCTURALES.

- Conocimiento del nombre de su enfermedad y duración del tratamiento.

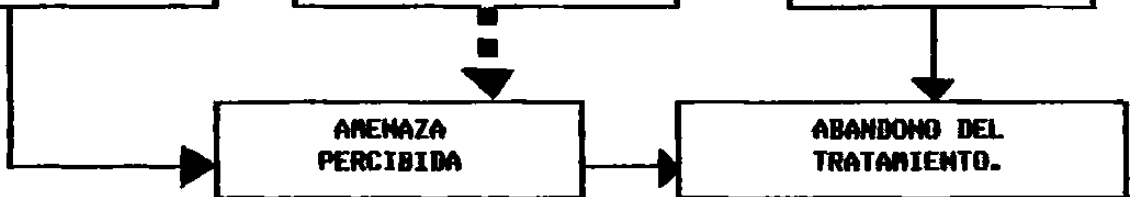
POSIBLES ACCIONES RESULTANTES.

BENEFICIOS PERCIBIDOS.

- Sintió confianza para su recuperación.

BARRERAS PERCIBIDAS.

- Dificultad en atención recibida.
- Dificultad con tiempo de traslado.
- Desconocía si el servicio era gratuito.
- Motivo de abandono.



DIRECTRICES DE ACCION INTERNAS.

- Presentó algún malestar al suspender el tratamiento.
- Presentó reacciones al tratamiento.
- Su enfermedad afectó relación familiar o de amigos.
- Padece de otro enfermedad.
- Tiene percepción de lo que es estar sano.

DIRECTRICES DE ACCION EXTERNAS.

- Le informaron de la enfermedad.
- Recibió información de todo el equipo de salud.
- Utilización de medios auxiliares.

2.4 Investigaciones sobre abandono. El abandono del tratamiento antituberculoso ha sido estudiado por diferentes profesionales y bajo diversos enfoques.

En unidades médicas de 31 estados de la República se llevó a cabo una Evaluación de esquemas de tratamiento. Del esquema primario fueron evaluados 20,429 pacientes, de los cuales, el 14 por ciento abandonaron su tratamiento y fracasaron sin especificar causa el 3 por ciento. Asimismo se evaluaron 458 casos de 16 Jurisdicciones del Distrito Federal, donde el 11 por ciento abandonó y el 2 por ciento fracasó (Ramos y cols., 1993).

En otro estudio realizado en Nuevo León, en un período de once meses (DE. SSES, 1989) se evaluaron 175 casos bacilíferos positivos con tratamiento de corta duración, donde se encontró que el 29 por ciento abandonó su tratamiento sin especificar causa. Del esquema estandar de un año supervisado, el 42 por ciento abandonó y del autoadministrado, el 55 por ciento.

Alonso, García, Gallegos, Guajardo, Escobedo y Vázquez (1986) realizaron un estudio descriptivo en 174 pacientes del área metropolitana de Monterrey para conocer la evolución bajo el tratamiento antituberculoso. Las características demográficas de la población estudiada fueron las siguientes: Edad de 15 a 44 años, sexo masculino y escolaridad baja. La proporción de pacientes dados de alta con un año y mas de tratamiento es baja (44 por ciento) y de ellos

un alto porcentaje presenta aún signos y síntomas respiratorios. El riesgo de infección para las familias de los pacientes fué de 21 por ciento. Se afirmó que existen deficiencias en la implementación del programa en lo referente a educación para la salud, manejo de expediente y tarjeta de control de asistencia.

Con el fin de conocer porqué el paciente con tuberculosis pulmonar abandona el tratamiento se realizó una investigación, (Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Salud Pública [UANL.FSP], 1987) en la ciudad de Guadalupe N.L., donde se observó que el 67 por ciento de los pacientes que abandonaron tenían baja escolaridad; se encontraron como causas mas frecuentes de abandono: Sensación de mejoría durante los primeros tres meses de tratamiento en un 57 por ciento, presencia de efectos colaterales de medicamentos en un 36 por ciento y dificultad para conseguir el tratamiento en un 7 por ciento. Al aplicar la prueba no paramétrica 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, no así entre éste y la distribución de medicamento, ya que la mayoría de los pacientes lo adquirirían con facilidad.

Una investigación experimental (Martínez, Guiscafré, Fleitas, Cedillo, Muñoz y Muñoz, 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 higiénicas y dietéticas eran deficientes. Se encontró un mayor porcentaje de 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 y deficiente 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 la falta de información sobre la enfermedad y la identificación inadecuada entre el grupo familiar y el equipo médico. Las condiciones sociales y educativas deficientes y la dinámica familiar alterada hacen difícil la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo médico.

Hubbaro, Muhlenkamo y Brown (s.f.) realizaron un estudio descriptivo para conocer la relación existente entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado, se tomaron dos muestras, una formada por individuos de 55 años y más que asistían a un centro para ciudadanos de la tercera edad; la otra muestra estuvo compuesta por adultos que asistían a una feria de salud cuya edad promedio fue de 44 años. Los autores encontraron una correlación positiva fuerte entre las

variables de apoyo social y prácticas de autocuidado en ambas muestras.

Terán (1993) realizó un estudio basado en la idea central del Modelo de Creencias de Salud de que al existir una mayor percepción de las creencias de salud y presencia de directrices de acción, se realizan con mayor facilidad acciones preventivas. La autora planteó la hipótesis de que las creencias de la madre en aspectos de salud influyen en el uso de los programas preventivos materno-infantiles. Al aplicar el coeficiente V de Cramer encontró una correlación moderada entre las variables de los programas estudiados (Control del Niño sano, Detección Oportuna de Cáncer y Planificación Familiar). El nivel de significancia fue de 0.05 coeficiente V Cramer, cuyos valores varían de 0.32 a 0.55. La autora aceptó la hipótesis de investigación y la validez del Modelo de Creencias de Salud en la predicción de conductas preventivas.

Es necesaria la aportación de los elementos del Modelo de Creencias de Salud en otro tipo de padecimientos con el fin de contar con un conocimiento sobre los factores culturales. Con referencia a lo anterior, Hess (1991) realizó un estudio con el propósito de describir el conocimiento, actitudes y creencias sobre el Sida en hispanos. La muestra incluyó 292 personas de las cuales 87 por ciento fueron del sexo femenino y 13 por ciento masculino. El conocimiento sobre la enfermedad se comparó de acuerdo a diferentes

características y se encontró que era mayor en las personas nacidas en Estados Unidos y en los mayores de 18 años. El 45 por ciento refirió no saber que no existe cura para el Sida. Las fuentes principales de información sobre el tema fueron: Televisión (93 por ciento), revistas y panfletos de gobierno (60 por ciento). Con respecto a las creencias, el 18 por ciento se creía susceptible a la enfermedad y el 77 por ciento temía llegar a contraerla, el 55 por ciento creyó tener suficiente conocimiento sobre el Sida para protegerse. Algunas de las actitudes de las personas encuestadas fueron: El 23 por ciento temía al cuidado de un familiar con Sida, 26 por ciento le molestaba estar cerca de alguien que tuviera el padecimiento y el 18 por ciento no trabajaría con alguien que tuviese la enfermedad.

CAPITULO III. METODOLOGIA.

El presente estudio fue realizado en el área metropolitana del estado de Nuevo León.

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, transversal y retrospectivo. Los datos se presentan en base a frecuencias, proporciones y correlaciones. Se investigó sobre hechos ocurridos en el pasado en una muestra y tiempo determinado (Polit, 1991).

3.2 SUJETOS.

La población del estudio fue integrada por pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento registrados en archivos oficiales de las jurisdicciones sanitarias y unidades de salud.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que abandonaron el tratamiento en el período del 10. de Enero de 1988 al 31 de Agosto de 1992.
- Pacientes cuyo domicilio se encontró registrado en los archivos correspondientes.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que abandonaron el tratamiento antes del 10. de

Enero de 1988 y después de 31 de Agosto de 1992.

-Pacientes de los que no se contaba con el domicilio, o éste no era el correcto.

La muestra consistió en 39 pacientes seleccionados a través de muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.3 MATERIAL.

Con relación a los recursos humanos necesarios para la realización de la investigación, se pueden citar: el asesor, el encuestador y el investigador. En lo material puede hacerse referencia a los documentos bibliográficos requeridos para dar sustento a dicha investigación así como también a los medios electrónicos para el procesamiento de datos.

El instrumento utilizado para la recolección de datos (Apéndice A), fue diseñado por la autora en base a los elementos del Modelo de Creencias de Salud: Susceptibilidad (3 ítems), severidad (2 ítems), beneficios (1 ítem) y barreras percibidas (3 ítems); además de los factores modificadores (11 ítems) y las directrices de acción internas (4 ítems) y externas (3 ítems); asimismo el motivo de abandono del tratamiento (1 ítem). Este instrumento estuvo integrado por 27 ítems de respuestas cerradas y 1 abierta, el cual se sometió a una prueba piloto, aplicando 23 cuestionarios. De los resultados se generaron algunos cambios, como: La eliminación de la pregunta sobre estudios de diagnóstico de la

enfermedad y el aspecto general del paciente y se reordenaron los elementos del Modelo de Creencias de Salud.

3.4 PROCEDIMIENTO.

Para la realización del estudio se obtuvo el listado de los pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento en las unidades de salud, ésto se realizó en base a los criterios de inclusión y se verificó su domicilio.

Se procedió a la capacitación de dos encuestadores que apoyaron en la aplicación del instrumento en base a las instrucciones (Apéndice B). La recolección de datos se realizó a través de la técnica de entrevista personal en visita domiciliaria, para ésto fue necesario acudir al domicilio en varias ocasiones, debido a la ausencia de los pacientes o renuencia por el hecho de que eran constantemente visitados por otros profesionales de la salud. Se contó con la participación del total de los pacientes seleccionados.

La captura y procesamiento de datos (Apéndice C) se realizó a través de medios electrónicos en el Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) con obtención de frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia, cálculo de Chi cuadrada, coeficiente de correlación de Phi y V de Cramer. Se correlacionaron las creencias de salud y el

motivo de abandono del tratamiento.

La presentación de resultados, se realizó en figuras y cuadros elaborados en el Programa Harvard Graphics.

3.5 ETICA DEL ESTUDIO.

Fue necesaria la coordinación con departamentos correspondientes de las jurisdicciones del área metropolitana y unidades de salud a quienes se solicitó su autorización para la revisión de los archivos correspondientes de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que abandonaron su tratamiento. Se comprometió a entregar los resultados encontrados a la institución de salud que brindó su apoyo para la investigación.

En el desarrollo de la visita domiciliaria y la aplicación de la técnica de entrevista se les solicitó a los sujetos de estudio la participación voluntaria, explicándoles el objetivo de la investigación así como la confidencialidad de los datos y la libertad de no participar sin que ello afectara su tratamiento o reincorporación al mismo.

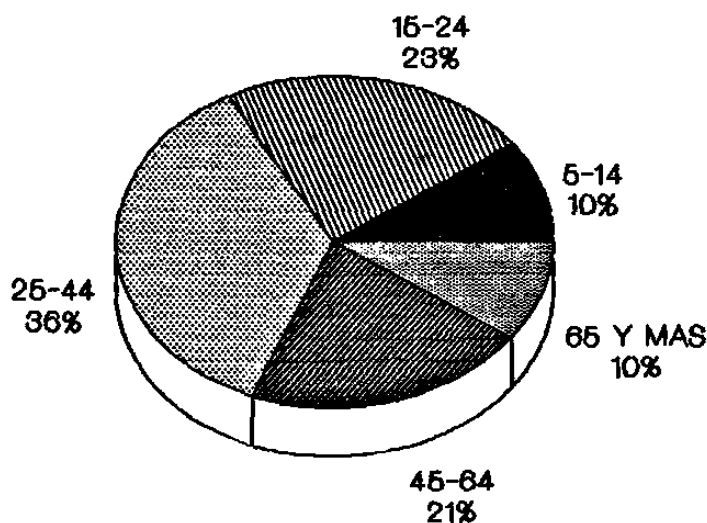
CAPITULO IV. RESULTADOS.

Los resultados corresponden a 39 pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron su tratamiento, se describen las características encontradas de acuerdo al Modelo de Creencias de Salud y la comparación de dos grupos divididos según el criterio del motivo de abandono que ellos refirieron.

4.1 FACTORES DEMOGRAFICOS, SOCIALES Y ESTRUCTURALES.

Con relación a las características demográficas se encontró que el 36 por ciento se ubican en el grupo de edad de 25 a 44 años, un 23 por ciento de 15 a 24 años y un 21 por ciento de 45 a 64 años (Figura 1).

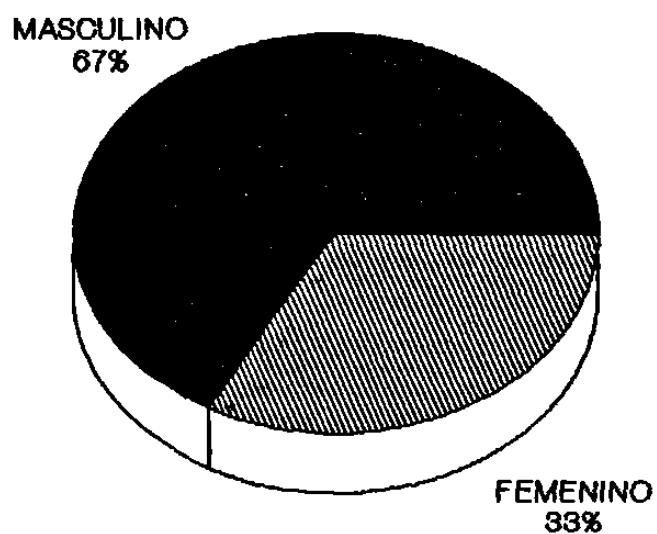
FIGURA 1
PROPORCION DE POBLACION POR
GRUPO DE EDAD



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

El 67 por ciento de los pacientes son del sexo masculino y el 33 por ciento femenino, según figura 2.

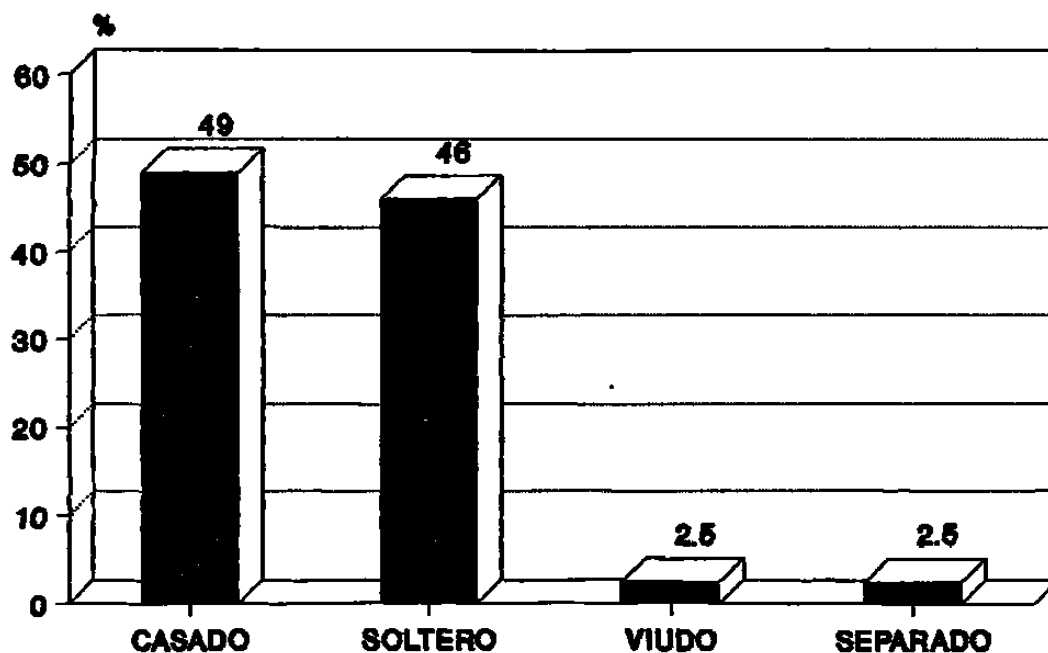
FIGURA 2
PROPORCION DE POBLACION POR SEXO



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

Con respecto al estado civil, el 49 por ciento son casados y el 46 por ciento solteros (Figura 3).

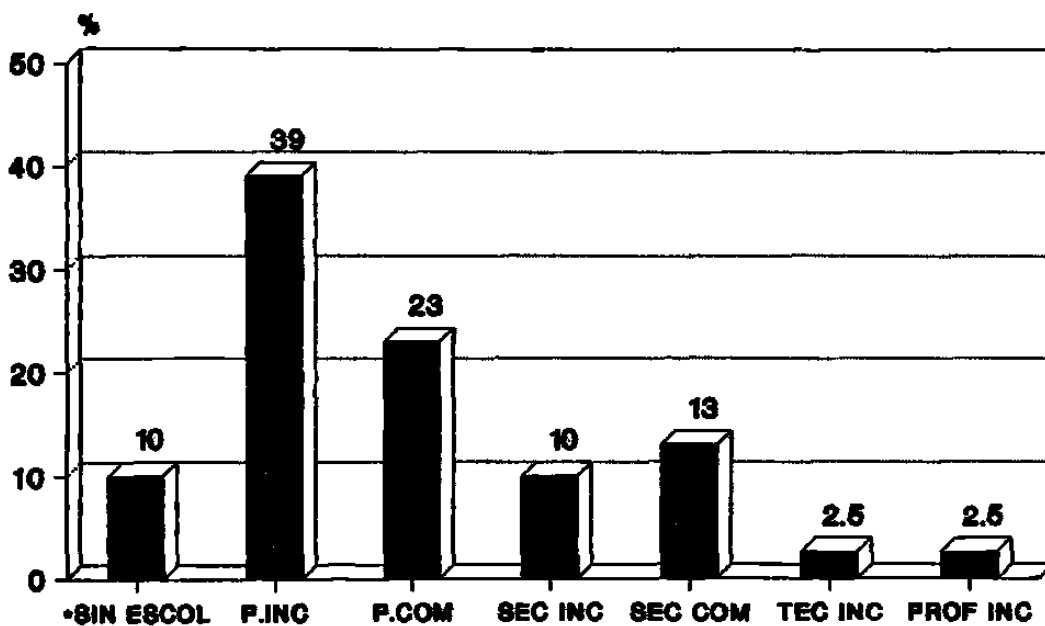
FIGURA 3
PROPORCION DE POBLACION POR ESTADO CIVIL



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

En escolaridad se observa en la figura 4, que el 72 por ciento de la población tiene primaria completa o incompleta o sólo saben leer y escribir.

FIGURA 4
PROPORCIÓN DE POBLACION POR ESCOLARIDAD



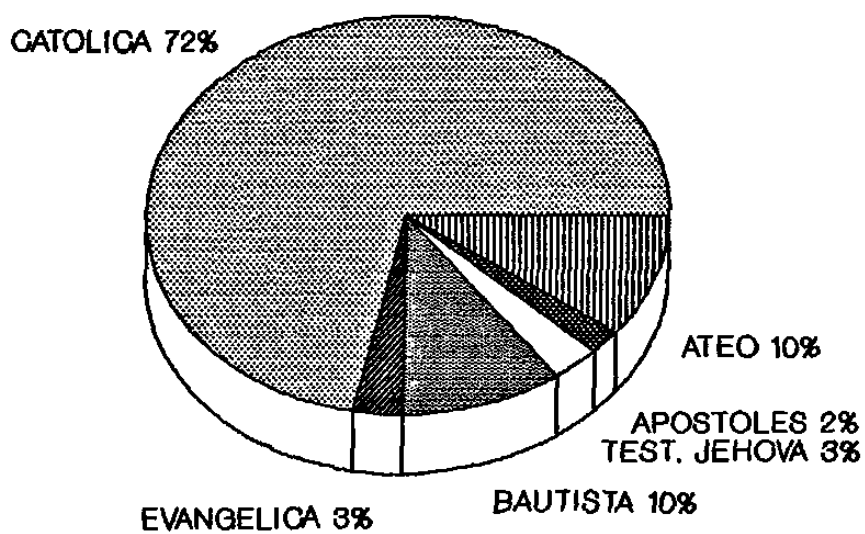
FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)

n = 39

•Saben leer y escribir

En el aspecto religioso, el 72 por ciento son católicos y el resto profesan otras religiones (Figura 5).

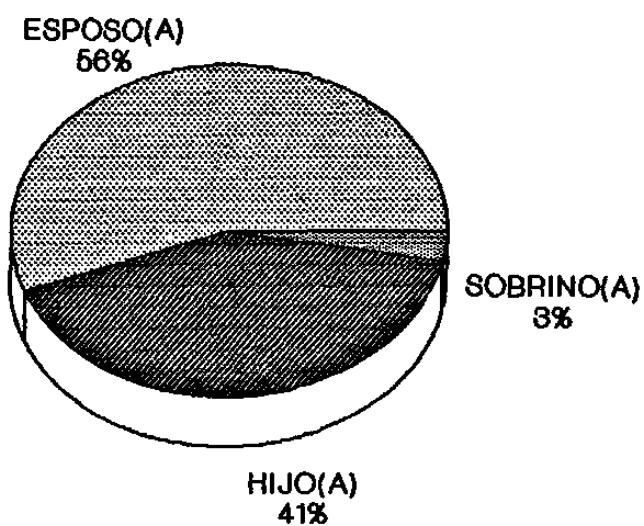
FIGURA 5
PROPORCION DE POBLACION POR RELIGION



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

Con referencia a la posición que ocupa dentro de la familia, se encontró que el 56 por ciento son esposos y un 41 por ciento hijos (Figura 6).

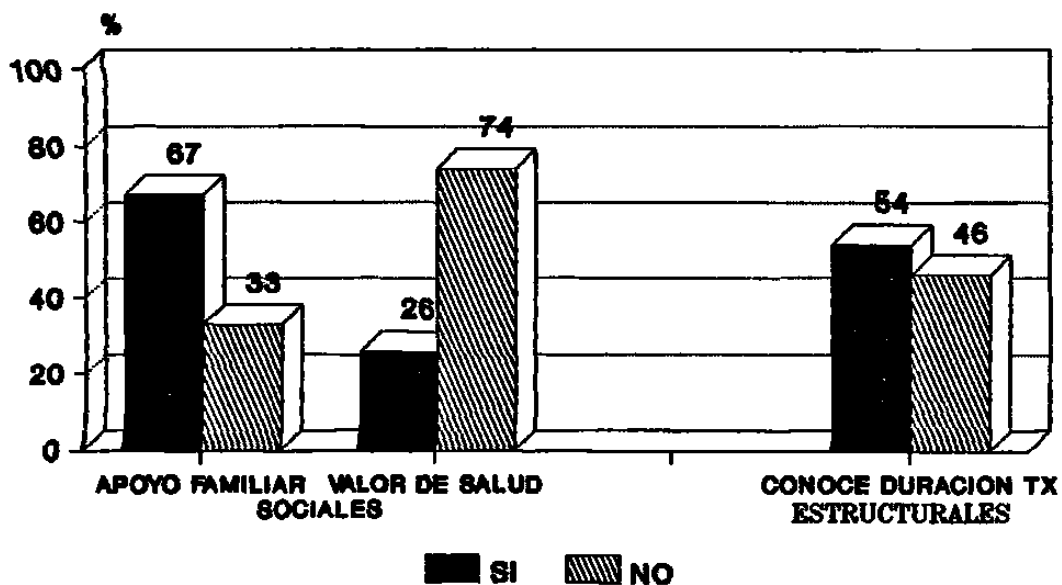
FIGURA 6
PROPORCIÓN DE POBLACION SEGUN POSICION
EN LA FAMILIA



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

Con relación a las características sociales y estructurales, se encontró que el 67 por ciento de los pacientes son acompañados a la consulta por un familiar. Al indagar sobre sus valores, el 74 por ciento no considera la salud como lo más importante. Respecto al conocimiento de la enfermedad, el 80 por ciento la identifica como enfermedad del pulmón o tuberculosis pulmonar; sin embargo, el 46 por ciento desconoce la duración del tratamiento (Figura 7).

FIGURA 7
PROPORCION DE POB. SEGUN APOYO FAMILIAR
VALOR A LA SALUD Y DURACION DEL TX

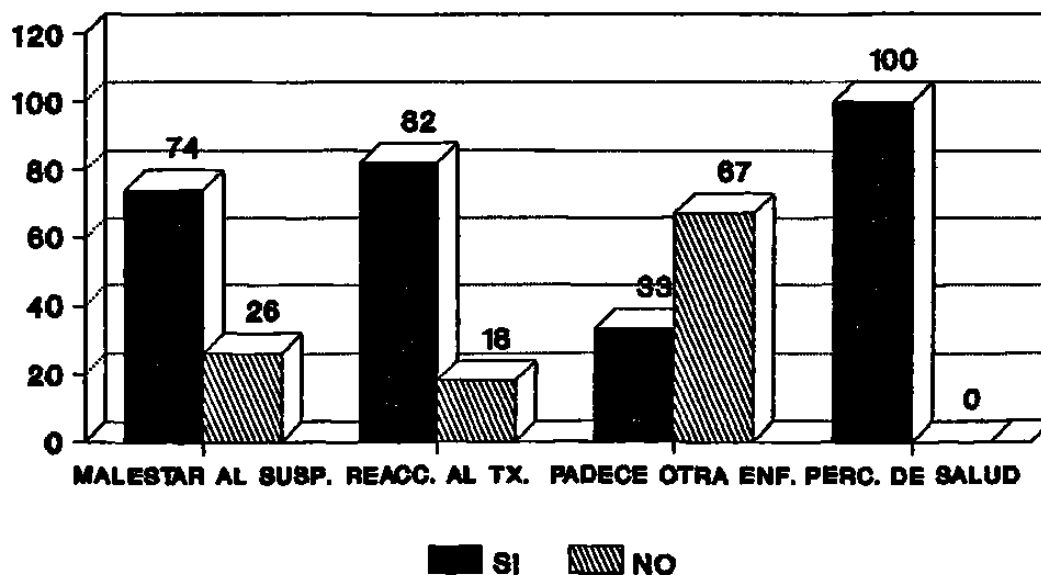


FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1982-1983)
 n = 39

4.2 DIRECTRICES DE ACCION

Al estudiar las directrices de acción internas, el 74 por ciento de los pacientes presentaron malestar después de abandonar su tratamiento y un 82 por ciento refiere haber experimentado reacciones al mismo. El 67 por ciento no padece otras enfermedades además de la tuberculosis. Todos los pacientes tienen percepción de lo que significa "estar sano", ya que mencionan la presencia de algunas características como no padecer enfermedades, alimentarse bien, entre otros, (Figura 8).

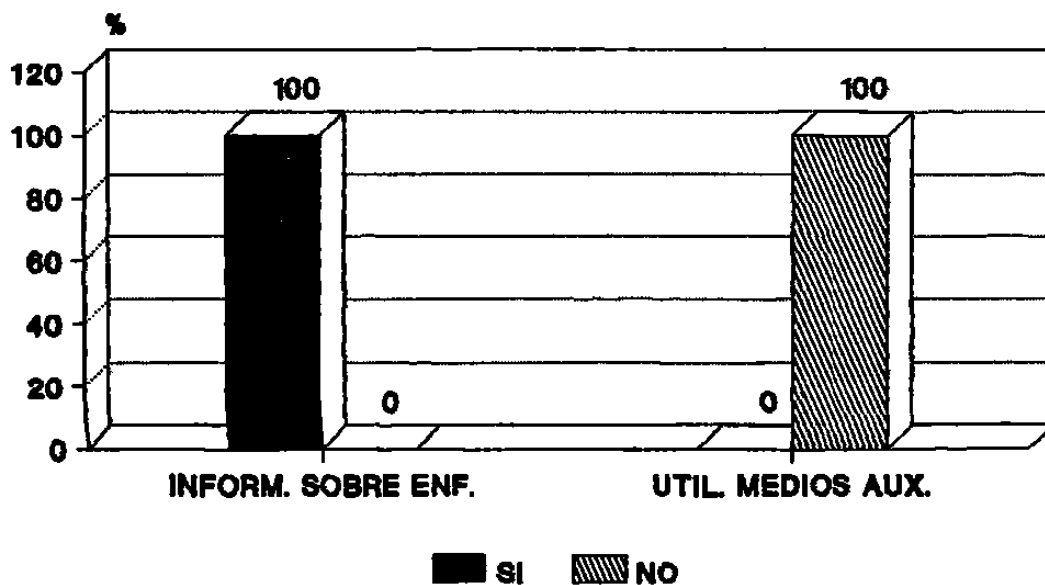
FIGURA 8
PROPORCION DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A DIRECT. DE ACCION INTERNAS



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

En las directrices de acción externas, se encontró que el 100 por ciento refiere haber sido informados sobre su padecimiento, sin el apoyo de medios auxiliares (Figura 9) y un 5 por ciento recibió información de todo el equipo de salud.

FIGURA 9
PROPORCIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS Y NEGATIVAS A DIRECT. DE ACCION EXTERNAS



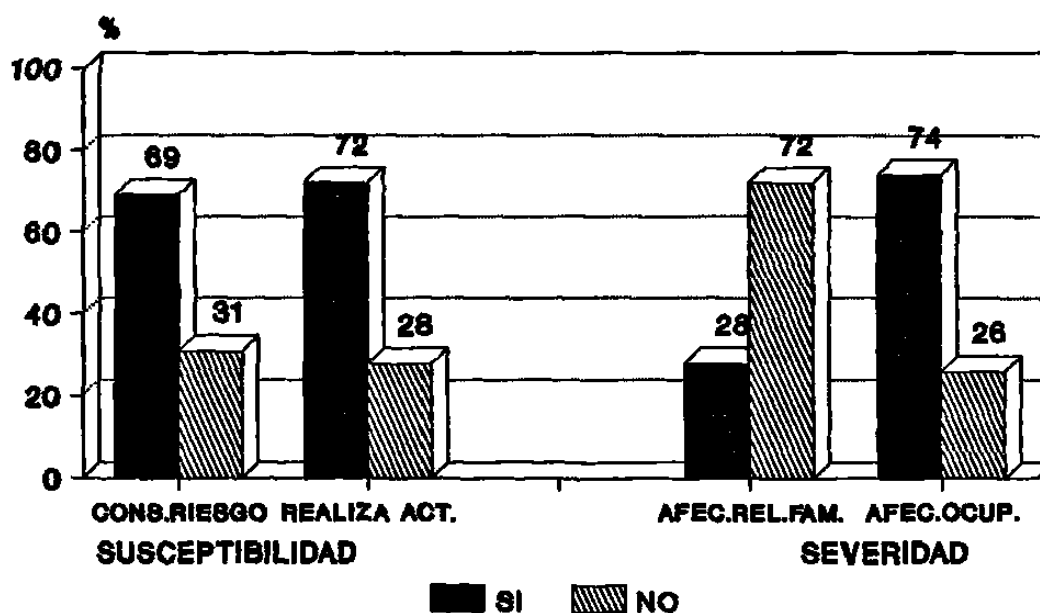
FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

4.3 CREENCIAS DE SALUD

Respecto a las creencias de salud se cuestiona sobre la susceptibilidad percibida al padecimiento y se observa que un 67 por ciento no aceptó su diagnóstico, por lo que pensó en acudir con otro médico. El 69 por ciento percibió el riesgo de la familia y amigos al abandonar el tratamiento y un 72 por ciento afirma que realiza actividades para cuidar su salud por la posibilidad a enfermar.

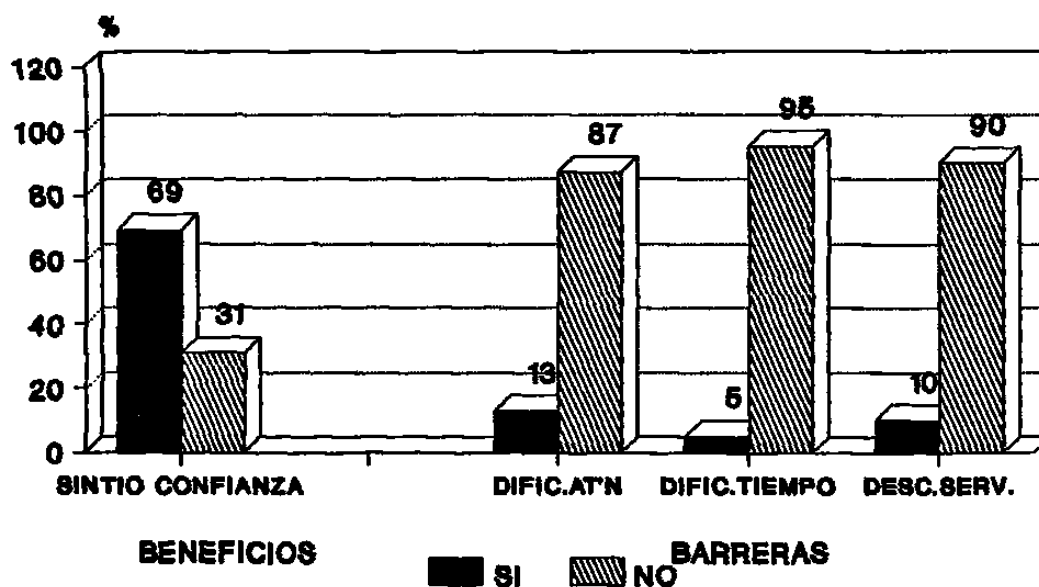
Al indagar sobre la percepción de la severidad, se encontró que el 72 por ciento no consideró que la enfermedad haya afectado su relación familiar, sin embargo un 74 por ciento sí percibió la posibilidad de ver afectada su ocupación, según figura 10.

FIGURA 10
PROPORCION DE RESP. AFIRMATIVAS Y NEG.
A SUSCEPTIBILIDAD Y SEVERIDAD PERCIBIDAS



Con relación a los beneficios percibidos, el 69% de la población sintió confianza para su recuperación al llevar a cabo el tratamiento. Respecto a la percepción de las barreras el 13 por ciento presentó dificultad en cuanto a la atención recibida, mencionando que fue mala. El 5 por ciento manifestó incomodidad con el tiempo de traslado ya que relieren tardar mas de 1 hora en llegar a la unidad de salud de su domicilio. El 10 por ciento de los pacientes no estaban enterados de que la atención era gratuita (Figura 11).

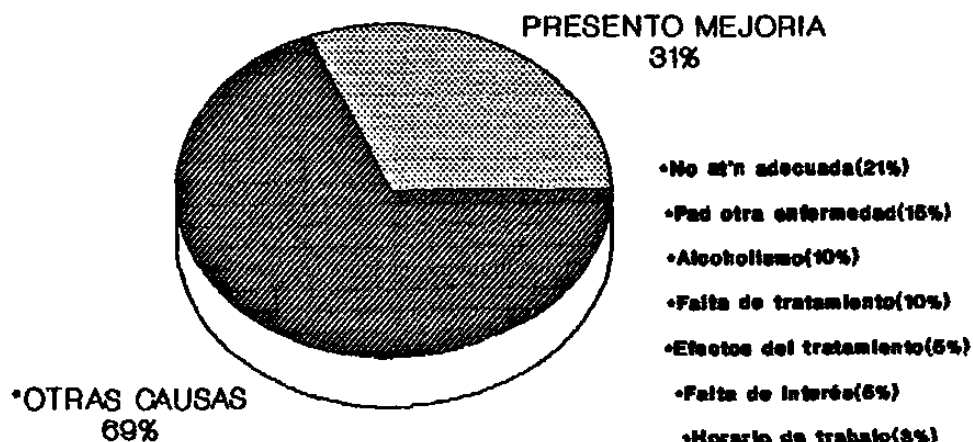
FIGURA 11
PROPORCION DE RESP. AFIRMATIVAS Y NEG.
A BENEFICIOS Y BARRERAS PERCIBIDAS



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
 n = 39

Al cuestionar sobre el motivo por el cual abandonaron el tratamiento se encontró que el 31 por ciento fue por presentar mejoría y el 69 por ciento por otras causas, como son en orden descendente: no recibieron atención adecuada (21 por ciento), padecen otras enfermedades (15 por ciento), alcoholismo (10 por ciento), falta de tratamiento (10 por ciento), falta de interés (5 por ciento), efectos del tratamiento (5 por ciento) y dificultad por los horarios de trabajo (3 por ciento) según figura 12.

FIGURA 12
PROPORCION DE POBLACION SEGUN MOTIVO DE ABANDONO



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA (1992-1993)
n = 39

4.4 ANALISIS DE DATOS

Los datos se analizaron formando 2 grupos según las respuestas obtenidas a la pregunta sobre motivo de abandono. El primer grupo conjuntó a los pacientes que abandonaron por presentar mejoría y el segundo grupo a los que manifestaron otras causas.

Para conocer si existía diferencia entre las creencias de salud de los pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento por presentar mejoría y los que abandonaron por otras causas, se formaron variables compuestas en cuanto a: Susceptibilidad, severidad, factores modificadores, directrices de acción internas y externas, beneficios y barreras percibidas que corresponden a los elementos del Modelo de Creencias de Salud. La prueba estadística no paramétrica de la Chi cuadrada, se aplicó para comparar las frecuencias obtenidas en ambos grupos, donde se encontró que de todas las variables sólo existe diferencia estadística en las directrices de acción internas, al obtener un valor de Chi Cuadrada de 17.48, al nivel de significancia de $p=0.05$, con 1 grado de libertad; es decir que la proporción de pacientes con directrices de acción internas presentes (reacciones al tratamiento, otras enfermedades), es mayor en los que abandonaron por causas diversas que en los que manifestaron mejoría (Apéndices E a K).

Con el fin de conocer el grado de asociación entre las variables compuestas y el motivo de abandono se aplicó coeficiente de correlación Phi o V de Cramer y se encontró correlación moderada, según Levin (1979) de 0.33 en las directrices de acción internas. (Cuadro 1)

CUADRO No. 1

CREENCIAS DE SALUD Y FACTORES EXTERNOS VS.
MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO DE ABANDONO INDICADORES	Chi CUADRADA OBTENIDA	Chi CUADRADA TEORICA p = 0.05	Phi o V de CRAMER
SUSCEPTIBILIDAD	2.74	3.84	.19 (débil)
SEVERIDAD	.41	3.84	.07 (ninguna)
FACTORES SOCIALES Y ESTRUCTURALES.	.34	3.84	.05 (ninguna)
DIRECTRICES DE ACCION INTERNAS	17.48	3.84	.33 (moderada)
DIRECTRICES DE ACCION EXTERNAS	0	3.84	0 (ninguna)
BENEFICIOS	1.61	3.84	.20 (débil)
BARRERAS	.89	3.84	.09 (ninguna)

CAPITULO V. DISCUSION.

Para la realización del presente estudio de investigación se decidió el uso de los elementos del Modelo de Creencias de Salud para el conocimiento de los factores modificadores, directrices de acción y creencias del paciente con tuberculosis pulmonar que abandona el tratamiento. Este modelo explica o predice el comportamiento en la toma de decisiones preventivas o terapéuticas.

Según las causas de abandono, manifiestas por los pacientes se formaron dos grupos: Un primer grupo integrado por personas que abandonaron por presentar mejoría y un segundo grupo, cuyos integrantes manifestaron otras causas, como: Atención inadecuada en unidades de salud, padecimiento de otras enfermedades, como diabetes mellitus e hipertensión arterial, presencia de alcoholismo, falta de tratamiento en las unidades, efectos indeseables del tratamiento como cefalea y trastornos digestivos, falta de interés del paciente, e incompatibilidad por el horario de trabajo. Se decidió formar dos grupos de pacientes por el hecho de que el primer grupo podría tener menor percepción de las creencias de salud. Este supuesto se puso a prueba mediante la aplicación de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada. Los resultados mostraron que no hubo diferencia entre los dos grupos.

El modelo de creencias incluye un elemento denominado factores modificadores. Estos se refieren a los aspectos

demográficos, sociales y estructurales, que describen al paciente y su antecedente cultural e intervienen en las creencias de salud. Al conocer las características de la población, se encontró que el mayor porcentaje (59 por ciento) corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años; predomina el sexo masculino (67 por ciento) y la escolaridad baja (72 por ciento). Estos hallazgos son similares a las características demográficas encontradas en el estudio sobre la Evolución del paciente bajo tratamiento antituberculoso, realizado por Alonso y cols. (1986). Esto hace pensar que si la mayoría de los pacientes con tuberculosis pulmonar son hombres y forman parte de la población económicamente activa, el abandono del tratamiento puede asociarse a las obligaciones del trabajo en cuanto a horario y a la estigmatización social que los empleadores pueden ejercer en trabajadores con enfermedades infecto-contagiosas, como es la tuberculosis pulmonar.

La mayoría de los pacientes refieren que son acompañados por un familiar a la consulta. Si la influencia familiar es el estímulo apropiado para apegarse al tratamiento, este dato parece contradictorio en el presente estudio. Se podría hipotetizar que aunque el paciente acude a su cita en compañía de un familiar, este probablemente no persiste en el cuidado del paciente para que observe o lleve a cabo el tratamiento completo en el hogar.

Con referencia al aspecto estructural o de conocimien-

to, los pacientes refieren conocer el nombre del padecimiento al definirla como una enfermedad del pulmón o tuberculosis, sin embargo, el 46 por ciento no sabe cual es la duración del tratamiento. Este hecho es similar al descrito en el estudio de Alonso y cols., (1986) que señala que los pacientes con primaria incompleta y analfabetas presentaron un nivel de comprensión baja sobre lo que es el padecimiento y cómo llevar a cabo el tratamiento en un 80 por ciento de los casos. Estos datos sugieren que el conocimiento de la duración del tratamiento podría ayudar en la aceptación y continuidad del mismo.

Al estudiar las directrices de acción internas y externas que modifican la amenaza percibida, se encontró que a todos los pacientes se les proporcionó información sobre su padecimiento. Con referencia a la participación del equipo de salud solamente el médico proporcionó la información (95 por ciento de los casos), lo cual podría no ser suficiente. Este aspecto se encontró también en el estudio experimental de Martínez (1982) donde el autor concluyó que las principales causas de abandono fueron la falta de información sobre la enfermedad y la identificación inadecuada con el equipo de salud.

Al abordar la susceptibilidad percibida que es la posibilidad de recurrencia en caso de no continuar el régimen terapéutico, y de que las personas que conviven directamente con él adquieran la enfermedad, se encontró que la

mayoría percibe el riesgo a contraer la enfermedad debido al abandono. El estudio realizado por Terán (1993) señala que este elemento se encuentra presente en los pacientes que acuden a los programas preventivos materno-infantiles, por lo que puede afirmarse la influencia de la susceptibilidad en las conductas preventivas y terapéuticas.

Con relación a la severidad percibida, que es la visualización de las consecuencias de la enfermedad, se observó que un alto porcentaje las percibe en lo referente a ocupación, sin embargo esto no se observa respecto a la relación familiar (28 por ciento). Esta situación podría obedecer al hecho de que el paciente se muestra indolente hacia el posible contagio de la familia, pero no a perjudicar a su desarrollo laboral ya que esto podría amenazar su bienestar económico.

Al estudiar los beneficios y barreras percibidas que se derivan de la toma de acciones terapéuticas, se encontró que los beneficios los percibe 69 por ciento de los casos: Esto sugiere que los pacientes perciben una motivación para la continuidad en el régimen y evitar que el padecimiento se prolongue. Con respecto a las barreras la mayoría refiere que no percibió obstáculos, en cuanto a la atención recibida, accesibilidad de los servicios y tiempo de traslado. Esta situaciones son congruentes con lo que encontró Terán (1993) que menciona que el 79 por ciento de los pacientes, no percibieron como inconveniencia que el personal que los

atendía sólo se encontró algunas veces.

En relación al motivo de abandono referido por los pacientes, el 31 por ciento mencionó que fue por presentar mejoría y el resto por otras causas. Esto muestra congruencia con el estudio de Alonso y cols. (1986) que señala que de 29 pacientes que abandonaron su tratamiento, el 28 por ciento manifestó que fué por sentirse bien.

Al abordar la hipótesis de investigación, a través de la aplicación de la prueba no paramétrica de Chi cuadrada, se encontró que no existe diferencia entre las creencias de salud de los pacientes que abandonaron el tratamiento, según el motivo de abandono, solo se observó diferencia en las directrices de acción internas (malestar después de abandonar el tratamiento, reacciones al mismo, padecimiento de otras enfermedades, percepción de lo que es "estar sano"), con un nivel de significancia de 0.05 y V de Cramer de 0.33 (Levin, 1979).

5.1 CONCLUSIONES.

A pesar de la existencia del conocimiento para el control de la tuberculosis pulmonar y de tratamientos de corta duración, el abandono al régimen terapéutico aún representa un importante problema para el éxito del programa.

La búsqueda de la explicación a éstos hechos enriquece los conocimientos existentes y los establecidos por el

investigador y permite aportar éstas nuevas experiencias al entendimiento de por qué éstas situaciones son dadas en los programas de salud y en específico en el caso de la tuberculosis que es abordado a través del Modelo de Creencias de Salud que se basa en las percepciones del paciente para la toma de acciones preventivas o terapéuticas.

Con referencia a lo anterior, en el presente estudio de investigación, se concluye lo siguiente:

1. Al aplicar la prueba no paramétrica Chi cuadrada a las creencias de salud, factores modificadores y directrices de acción se encontró que la proporción de pacientes con directrices de acción internas presentes, es mayor en los que abandonaron por causas diversas, que en los que refieren mayoría.
2. Dentro de otras causas de abandono referidas por el paciente se encuentran: No atención adecuada, falta de tratamiento, efectos del mismo y falta de interés. Estas causas competen a la Enfermería Comunitaria, que puede intervenir por medio de la educación para que el paciente tome decisiones sobre su propia salud y asuma la responsabilidad del término de su tratamiento.
3. Dado que la población estudiada proviene del mismo estrato socioeconómico, no difieren respecto a la percepción de las creencias de salud.
4. Los pacientes con tuberculosis pulmonar son sobrepre-

guntados y sobrevisitados por los profesionales de la salud. Esto podría generar que las respuestas de los pacientes se ajusten a las expectativas del personal ocultando lo que realmente sienten y piensan, situación que en el caso de la investigación presente llevó a cuestionar la validez de la información obtenida.

5. La normatividad establecida por el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis limita la consideración de aspectos de cultura de salud de la población. Sin embargo impulsa a la Enfermería Comunitaria a buscar las alternativas necesarias para atender al paciente en forma íntegra, mejorando las expectativas de salud y limitación del riesgo al lograr una mayor identificación enfermera paciente.

5.2 RECOMENDACIONES.

Realizar estudio comparativo que contemple las creencias de salud de los pacientes que continuaron el tratamiento y aquellos que abandonaron el régimen terapéutico, a fin de conocer semejanzas y diferencias de la población estudiada para el establecimiento de estrategias y posibles soluciones.

Llevar a cabo validación de instrumentos de recolección de datos en investigaciones futuras para determinar la validez y confiabilidad de la información.

Abordar en el campo de la enfermería clínica y comunitaria el rol ampliado con énfasis en investigaciones que permitan profundizar en la cultura de salud del paciente con regímenes terapéuticos prolongados y en los elementos del Modelo de Creencias de Salud: Susceptibilidad, severi-beneficios y barreras, sin que ésto genere inquietud en el paciente ni en aquellos que lo rodean.

Establecer y mantener un programa de educación para el paciente y su familia que incluya aspectos sobre la naturaleza de su enfermedad, el apego al tratamiento, el uso de los servicios de salud y las creencias relacionadas con la toma de acciones preventivas o terapéuticas.

Fortalecer la difusión y normativas del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis con énfasis en los esquemas de tratamiento dado por todos los integrantes del equipo de salud, con mayor participación del personal de Enfermería, como un elemento clave que podría tener mas efecto en las motivaciones del paciente en el apego al tratamiento y contar con la corresponsabilidad de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Addington, W. W. (1979, Diciembre). Obediencia del paciente: El problema mas serio que permanece en el control de la tuberculosis en los Estados Unidos. CHEST, 76(6), 741-743.

Alonso Castillo, M. N., García Elizondo, F.J., Gallegos Cabriales, E.C., Guajardo Salinas, A., Escobedo de Haro, M. T., y Vazquez Navarro, B. (1986). Evolución de los pacientes bajo tratamiento antituberculoso. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.

Becker, M.H., Drachman, R.H., y Kirscht, J.P. (1974, Marzo). Un nuevo enfoque para explicar el comportamiento del rol del enfermo en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico. A.J.P.H., 64, 205-216.

Garza Cantú, C., Ureña Frausto, E.J. y Villalón García, M.G. (1985, Diciembre). Tuberculosis Pulmonar, Enfoque Epidemiológico, Noroeste de Monterrey, N.L., México 1980-1983. Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Guyton, C. A. (1987). Tratado de fisiología médica. (5a. edición). México: Interamericana.

- Hess, Joanne D. (1991). Conocimientos actitudes y creencias de los hispanos acerca del Sida. Salud Fronteriza. 7(4), 65-69.
- Hubbaro, M., Mulenkamo, A.R., y Brown, N. (s.f.). La Relación entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado.
- Levin, J. (1979). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. (2a. edición). México: Harla.
- Martínez G., M.C., Guiscafre G., H., Fleitas F., E., Cedillo H., M.L., y Muñoz Cota, C. (1982). Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. Revista Médica IMSS, 20(6), 667-675.
- Polit, D.F., (1991). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. (3a. edición). México: Interamericana.
- Ramos Espinosa, J., Yañez del Villar, A., Vargas Cortés, M. y Cano Pérez, G. (1993). Tópicos Actuales en Tuberculosis. Sector Salud. México.
- Reynoso Villasana, J.E., y Curiel González, J.M. (1988). Tuberculosis pulmonar y abandono de tratamiento. Juris

dicción Sanitaria No. 1, Sub-Secretaría Estatal de Salud, Monterrey, N.L.

Rosenstock Irwin, M. (1988). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health. Educ. Monogr*, Oakland, 2(4): 324-476.

Rubel, A.J., Garro, L.C. (1992, November-December). Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. *Public Health Reports*. 107(6), 626-636.

Schmieder Redeker, N. (s.f.). Creencia y adherencia a la salud en enfermedades crónicas.

Sub-Grupo Coordinador Interinstitucional de Control de la Tuberculosis. Sistema Nacional de Salud. (1992). Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis. México.

Departamento de Epidemiología. Sub-Secretaría Estatal de Salud. (1989). Evaluación de Tratamiento Primario de Casos Positivos a la Baciloscopia. Monterrey, N.L.

Dirección de Planeación. Sub-Secretaría Estatal de Salud. (1990). Reporte Estadístico. Monterrey, N.L.

Terán Fernández, G.C. (1993). Influencia de las Creencias Maternas de Salud en el uso de Programas Preventivos Materno Infantiles. Tesis de Maestría en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Salud Pública. Tuberculosis Pulmonar y Abandono de tratamiento, Jurisdicción Sanitaria No. 4, Cd. Guadalupe, N.L., México, 1987. Monterrey, N.L.

A P E N D I C E S

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

CREENCIAS DE SALUD DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR
QUE ABANDONA EL TRATAMIENTO.

INSTRUCCIONES DE LLENADO: En el espacio de código marcar el
número correspondiente a la respuesta que dé el usuario.

1. Clave

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

2. Grupo de edad

1) 0 a 4 años

2) 5 a 14 años

3) 15 a 24 años

4) 25 a 44 años

5) 45 a 64 años

6) 65 y mas

3. Sexo

1) Masculino

2) Femenino

4. Estado Civil

1) Casado

2) Soltero

3) Viudo

4) Separado

5. Escolaridad

- 1) Sabe leer y escribir
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria incompleta
- 5) Secundaria completa
- 6) Técnica incompleta
- 7) Profesional incompleta

ASPECTOS SOCIALES

6. Religión que profesa ---
 - 1) Católica
 - 2) Evangélica
 - 3) Bautista
 - 4) Testigos de Jehová
 - 5) Apóstoles y profetas
 - 6) Ninguna
7. Posición en la familia ---
 - 1) Esposo (a)
 - 2) Hijo (a)
 - 3) Sobrino (a)
8. Es acompañado en la consulta? ---
 - 1) Si (padre, madre, hijo)
 - 2) No (nadie)
9. Es la salud lo más importante para usted? -
 - 1) Si (salud)
 - 2) No (familia, trabajo u otro)

ASPECTOS ESTRUCTURALES

10. Conoce el nombre de su enfermedad? _____

1) Si (TBP, enfermedad del pulmón)

2) No (No sabe, otro)

11. Conoce la duración del tratamiento? _____

1) Si

2) No

DIRECTRICES DE ACCION INTERNAS

12. Presentó algún malestar al suspender el tratamiento?

1) Si

2) No

13. Presentó reacciones al tratamiento? _____

1) Si

2) No

14. Padece otra enfermedad? _____

1) Si (diabetes, hipertensión u otra)

2) No (ninguna)

15. Tiene percepción de lo que es "estar sano"? _____

1) Si (No padecer enfermedades, comer bien, no malestar, realizar ejercicio, recreación, higiene, no adicciones)

2) No (no sabe)

DIRECTRICES DE ACCION EXTERNAS

16. Le informaron sobre su enfermedad? _____

1) Si (modo de transmisión, prevención, tratamiento,

efectos, duración, control de citas)

2)No (nada, no sabe)

17. Recibió información de todo el equipo de salud?

1)Si (médico, enfermera y trabajadora social)

2)No (solo médico, enfermera y trabajadora social)

18. Utilizaron medios auxiliares para la información? _____

1)Si (folletos, televisión, videos, pizarrón)

2)No (Nada, no sabe)

SUSCEPTIBILIDAD

19. Aceptó el diagnóstico de su enfermedad, sin pensar _____
en acudir a otro médico?

1)Si

2)No

20. Conoce el riesgo de familia, amigos, al convivir _____
con ellos?

1)Si

2)No

21. Siente la posibilidad de enfermar, por lo que _____
realiza actividades para cuidar su salud?

1)Si (Asiste al médico, alimentación balanceada, ejerci-
cio, higiene personal, actividades recreativas)

2)No (Ninguna actividad)

SEVERIDAD

22. Su enfermedad ha afectado su relación familiar o de _____
amigos?

1)Si

2)No

23. Consideró que su ocupación podría ser afectada por su padecimiento? _____

1)Si

2)No

BENEFICIOS

24. Sintió confianza para su recuperación, al llevar a cabo las indicaciones, cuando se le informó su problema? _____

1)Si

2)No

BARRERAS

25. La atención recibida representó una dificultad para continuar el tratamiento? _____

1)Si (Atención mala)

2)No (Atención buena o regular)

26. Presentó dificultad con el tiempo de traslado a la unidad de salud? _____

1)Si (mas de una hora)

2)No (menos de una hora)

27. Desconocía que el servicio era gratuito? _____

1)Si

2)No

28. Cuál es el motivo por el que abandonó el
tratamiento?

1) Presentó mejoría

2) Otras causas (no atención adecuada, padecen otras enfermedades, alcoholismo, falta de tratamiento, falta de interés, efectos de tratamiento, dificultad por los horarios de trabajo)

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

APENDICE B

INSTRUCCIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ENTREVISTA.

1. Acudir a la entrevista con el uniforme correspondiente y toda la documentación necesaria para proporcionar confianza al entrevistador y dar una buena impresión.
2. Identificarse como Personal del Equipo de Salud y explicar el motivo de la visita al paciente; sugerencia: En la Unidad de Salud donde desempeñé mis funciones se está realizando una entrevista para conocer que fue lo que causó que Usted abandonara su tratamiento.
3. En caso de no estar el paciente, acudir nuevamente hasta encontrarlo en su domicilio, la información no deberá ser proporcionada por familiares o por otras personas.
4. Informar a la persona que los datos son confidenciales y pedir su consentimiento para la aplicación del cuestionario.
5. Proceder a la aplicación y llenado del cuestionario, realizando las preguntas con claridad y sin cambiar el sentido de éstas.

6. Aclarar cualquier duda que surja durante la entrevista, con el propósito de que las respuestas sean lo más objetivas posibles.
7. Al concluir la aplicación del cuestionario, despedirse cordialmente, dando las gracias por la atención prestada.
8. Si el cuestionario no fué determinado, acudir en otra ocasión para finalizar con la obtención de los datos.

APENDICE C

PROGRAMA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

DATA LIST FILE 'TBP.DAT'

/V1 1-2 V2 4 V3 6 V4 8 V5 10 V6 12 V7 14 V8 16 V9 18 V10 20
V11 22 V12 24 V13 26 V14 28 V15 30 V16 32 V17 34 V18 36 V19
38 V20 40 V21 42 V22 44 V23 46 V24 48 V25 50 V26 52 V27 54
V28 56.

VARIABLE LABELS

/V1 'CLAVE'

/V2 'GRUPO DE EDAD'

/V3 'SEXO'

/V4 'ESTADO CIVIL'

/V5 'ESCOLARIDAD'

/V6 'RELIGION'

/V7 'POSICION EN LA FAMILIA'

/V8 'ES ACOMPAÑADO EN LA CONSULTA'

/V9 'ES LA SALUD LO MAS IMPORTANTE PARA USTED'

/V10 'CONOCE EL NOMBRE DE SU ENFERMEDAD'

/V11 'CONOCE LA DURACION DEL TRATAMIENTO'

/V12 'PRESENTO MALESTAR AL SUSPENDER TX'

/V13 'PRESENTO RX AL TRATAMIENTO'

/V14 'PADECE OTRA ENFERMEDAD'

/V15 'TIENE PERCEPCION DE LO QUE ES ESTAR SAND'

/V16 'LE INFORMARON SOBRE SU ENFERMEDAD'

/V17 'RECIBIO INFORMACION DE TODO EL EQUIPO DE SALUD'

/V18 'UTILIZARON MEDIOS AUXILIARES PARA INFORMACION'

/V19 'ACEPTO EL DIAGNOSTICO SIN ACUDIR A OTRO MEDICO'

/V20 'CONSIDERO RIESGO DE FAMILIA Y AMIGOS'
/V21 'SIENTE POSIBILIDAD DE ENFERMAR REALIZA ACTIVIDAD'
/V22 'HA AFECTADO RELACION FAMILIAR'
/V23 'CONSIDERO OCUPACION AFECTADA'
/V24 'SINTIO CONFIANZA PARA SU RECUPERACION'
/V25 'ATENCION RECIBIDA REPRESENTO DIFICULTAD'
/V26 'PRESENTO DIFICULTAD CON EL TIEMPO DE TRASLADO'
/V27 'DESCONOCIA SERVICIO GRATUITO'
/V28 'MOTIVO DE ABANDONO'.

VALUE LABELS

/V2 1 '0-4' 2 '5-14' 3 '15-24' 4 '25-44' 5 '45-64' 6 '65 Y MAS'
/V3 1 'MASCULINO' 2 'FEMENINO'
/V4 1 'CASADO' 2 'SOLTERO' 3 'VIUDO' 4 'SEPARADO'
/V5 1 'SABE LEER Y ESC' 2 'PRIM INCOMP' 3 'PRIM COMP' 4 'SEC
INCOMP' 5 'SEC COMP' 6 'TEC INCOMP' 7 'PROF INCOMP'
/V6 1 'CATOLICA' 2 'EVANGELICA' 3 'BAUTISTA' 4 'TEST JEHOVA'
5 'APOSTOLES' 6 'ATEO'
/V7 1 'ESOSO' 2 'HIJO' 3 'SOBRINO'
/V8 TO V27 1 'SI' 2 'NO'
/V28 1 'PRESENTO MEJORIA' 2 'OTRAS CAUSAS'.

"QUINTO CENTENARIO DEL ENCUENTRO DE DOS CULTURAS"

SUB SECRETARIA ESTATAL DE SALUD
DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD
SUB DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
EN SALUD.

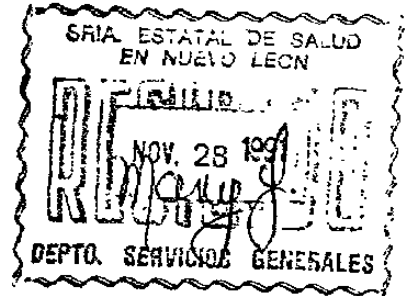
DEPTO. DE INVESTIGACION

5011-11 K.2.2.1. 0585

ENVIO REGISTRO DE BINARIS.

Monterrey, N.L. a:

C. DRA. GLADYS PARRA DE ALFONSO
DIRECTOR DEL CENIS
MEXICO, D.F.

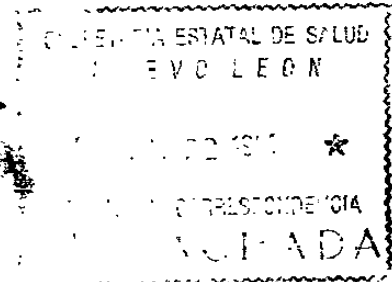


Adjunto a la presente envío el Registro de la Investigación en Salud realizada por C. MARIA DE LOS ANGELES PAZ MORALES denominado "Factores existentes para el abandono del TX. TB. de la Jurisdicción Sanitaria No. 4" con el fin de obtener los beneficios ofrecidos por SINARIS.

Agradezco la información a la brevedad posible.

A T E N T A M E N T E
SUFRACIO EFECTIVO. NO REELECCION
SUB SECRETARIO ESTATAL DE SALUD

DR. JOSE CAVAZOS LOPEZ



c.c.p. DR. ARRULFO TREVIÑO C.

SUBDIR. DE SERVS. EN SALUD

c.c.p. DR. ROBERTO REYNALDO GZA.

SUB DIR. DE ENS. E INV. EN SALUD.

c.c.p. LIC. MA. DE LOS ANGELES PAZ M. JURISDICCION SANITARIA No. 4.

ART. 101, F.C. 11/91

*Recibe
5 Dic 91
Reynaldo*

APENDICE E

SUSCEPTIBILIDAD VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO SUSCEPTIBILIDAD	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	20 fe=16.92	35 fe=38.0	55
NO	4 fe=7.08	19 fe=15.92	23
TOTAL	24	54	78

Chi cuadrada obtenida = 2.74
 Chi cuadrada teórica = 3.84
 gl = 1
 p = 0.05
 Phi = 0.19

La frecuencia de susceptibilidad percibida es igual en los pacientes que abandonaron por mejoría y los que manifestaron otras causas.

APENDICE F

SEVERIDAD VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO SEVERIDAD	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	11 fe=12.31	29 fe=27.69	40
NO	13 fe=11.69	25 fe=26.31	38
TOTAL	24	54	78

Chi cuadrada obtenida = 0.41
Chi cuadrada teórica = 3.84
gl = 1
p = 0.05
Phi = 0.07

La frecuencia de severidad percibida es igual en los pacientes que abandonaron por presentar mejoría y los que manifestaron otras causas.

APENDICE G

*FACTORES SOCIALES Y ESTRUCTURALES VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO *FACT.SOC.Y EST.	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	19 fe=17.54	38 fe=39.46	57
NO	17 fe=18.46	43 fe=41.54	60
TOTAL	36	81	117

Chi cuadrada obtenida = 0.34
 Chi cuadrada teórica = 3.84
 gl = 1
 p = 0.05
 Phi = 0.05

La frecuencia de pacientes con factores sociales y estructurales presentes es igual en los que abandonaron por mejoría y los que manifestaron otras causas.

APENDICE H

*DIRECTRICES DE ACCION INTERNAS VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO * DIREC.ACCION INT	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	24 fe=34.77	89 fe=78.23	113
NO	24 fe=13.23	19 fe=29.77	43
TOTAL	48	108	156

Chi cuadrada obtenida = 17.48
 Chi cuadrada teórica = 3.84
 gl = 1
 p = 0.05
 Phi = 0.33

La frecuencia de pacientes con directrices de acción internas presentes es mayor en los que abandonaron por otras causas que los que manifestaron mejoría.

APENDICE I

*DIRECTRICES DE ACCION EXTERNAS VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO * DIREC.ACCION EXT	SINTIO MEJORIA		OTRAS CAUSAS		TOTAL
SI	12	fe=12	27	fe=27	39
NO	12	fe=12	27	fe=27	39
TOTAL	24		54		78

Chi cuadrada obtenida = 0

Chi cuadrada teórica = 3.84

gl = 1

p = 0.05

Phi = 0

La frecuencia de pacientes con directrices de acción externas presentes es igual en los que abandonaron por mejoría que en los que refieren otras causas.

APENDICE J

BENEFICIOS VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO BENEFICIOS	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	10 fe=8.31	17 fe=18.69	27
NO	2 fe=3.69	10 fe=8.31	12
TOTAL	12	27	39

Chi cuadrada obtenida = 1.61

Chi cuadrada teórica = 3.84

gl = 1

p = 0.05

Phi = 0.20

La frecuencia de pacientes con beneficios percibidos es igual en los que abandonaron por mejoría que los que manifestaron otras causas.

APENDICE K

BARRERAS VS. MOTIVO DE ABANDONO

MOTIVO/ABANDONO BARRERAS	SINTIO MEJORIA	OTRAS CAUSAS	TOTAL
SI	2 fe=3.38	9 fe=7.62	11
NO	34 fe=32.62	72 fe=73.38	106
TOTAL	36	81	117

Chi cuadrada obtenida = 0.89
 Chi cuadrada teórica = 3.84
 gl = 1
 p = 0.05
 Phi = 0.09

La frecuencia de pacientes con barreras percibidas es igual en los que abandonaron por mejoría que los que manifestaron otras causas.

