

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION  
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



“FACTORES ASOCIADOS AL APEGO Y ABANDONO  
DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS  
PULMONAR”

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

PRESENTAN:

Dr. Benito Miranda Méndez  
Dr. Mario Alberto Puente López

MONTERREY, NUEVO LEON

JULIO DE 2001

TM

Z6673

FSP

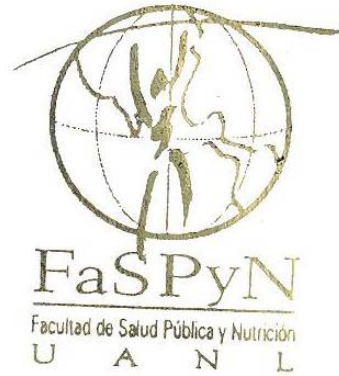
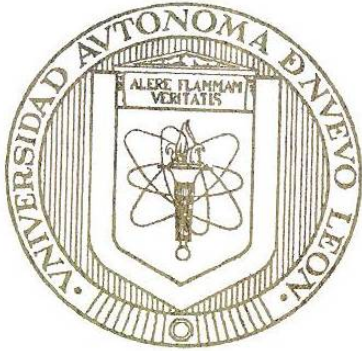
2001

M5



1020145318

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**“FACTORES ASOCIADOS AL APEGO Y ABANDONO DEL  
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR”**

**T E S I S  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Presentan:**

**Dr. Benito Miranda Méndez  
Dr. Mario Alberto Puente López**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**JULIO DE 2001.**

0141.51460

TI  
2600  
+ 22  
10  
M5



FONDO  
TESIS

**DIRECTOR**

**Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP**

Monterrey, N.L., Julio de 2001.

**Lic. María Teresa Ramos Cavazos, MSP.**  
Secretaria Académica de Estudios de Posgrado de la  
Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL  
P r e s e n t e . -

Me permito informarle que he concluido mi asesoría de la tesis titulada **"Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar"** para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública, a fin de que sea turnado al Comité de Tesis para la revisión y aprobación en su caso.

Sin otro particular, me es grato extender la presente.

Atentamente,



**Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña MSP**  
Director de Tesis



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,  
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México  
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)  
E-mail: faspyn@prodigy.net.mx  
lberrun@ccr.dsi.uanl.mx



## DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado, APRUEBO  
la tesis titulada "**Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,  
Monterrey, N.L., 9 de Julio de 2001.  
"Alere Flammam Veritatis"

  
**Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña MSP**  
**Miembro del Comité de Tesis**

Miembro de:  
ALAESP  
AMESP  
AMMFEN  
ELASANYD





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,  
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México  
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)  
E-mail: faspyn@prodigy.net.mx  
lberrun@ccr.dsi.uanl.mx



## DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado, — *APRUEBO* —  
la tesis titulada "**Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar**", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,  
Monterrey, N.L., 9 de Julio de 2001.  
"Alere Flammam Veritatis"

  
**Lic. María Teresa Ramos Cavazos MSP**  
**Miembro del Comité de Tesis**

Miembro de:  
ALAESP  
AMESP  
AMMFEN  
FLASANYD



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,  
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México  
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)  
E-mail: faspyn@prodigy.net.mx  
lberrun@ccr.dsi.uanl.mx



**DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS**

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado, Dr. Pedro Cantú Martínez la tesis titulada **"Factores asociados al apego y abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar"**, con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,  
Monterrey, N.L., 10 de Septiembre de 2001.  
"Alere Flammam Veritatis"

**Dr. en C. Pedro César Cantú Martínez**  
Miembro del Comité de Tesis

Miembro de:  
ALAESP  
AMESP  
AMMFEN  
FLASANYD

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR</b>	
<b>1. Planeamiento del problema</b>	<b>6</b>
<b>2. Justificación</b>	<b>11</b>
<b>3. Objetivos</b>	<b>15</b>
<b>II. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>16</b>
<b>III. HIPÓTESIS</b>	<b>34</b>
<b>1. Estructura</b>	<b>34</b>
<b>2. Desarrollo</b>	<b>35</b>
<b>3. Operacionalización</b>	<b>36</b>
<b>IV. DISEÑO</b>	<b>38</b>
<b>1. Metodológico</b>	<b>38</b>
<b>1.1. Tipo de Estudio</b>	<b>38</b>
<b>1.2. Unidades de Observación</b>	<b>38</b>
<b>1.3. Temporalidad</b>	<b>38</b>
<b>1.4. Ubicación Espacial</b>	<b>38</b>
<b>1.5. Criterios de Inclusión, Exclusión</b>	<b>39</b>
<b>2. Estadístico</b>	<b>40</b>
<b>2.1. Marco Muestral</b>	<b>40</b>
<b>2.2. Tamaño Muestral</b>	<b>40</b>
<b>2.3. Procedimiento</b>	<b>41</b>
<b>2.4. Recursos Humanos</b>	<b>41</b>
<b>2.5. Ética del estudio</b>	<b>42</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>43</b>
<b>VI. DISCUSION</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>79</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>83</b>

<b>VII. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>84</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>90</b>
<b>8.1 Definición de términos y conceptos.</b>	<b>91</b>
<b>8.2 Cuestionario para pacientes con abandono al tratamiento de la TBP.</b>	<b>93</b>
<b>8.3 Cuestionario para pacientes con apego al tratamiento de la TBP.</b>	<b>96</b>
<b>8.4 Calendarización</b>	<b>99</b>

## RESUMEN

### “FACTORES ASOCIADOS AL APEGO Y ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR”

MIRANDA MENDEZ BENITO, PUENTE LOPEZ MARIO ALBERTO, RAMOS PEÑA ESTEBAN GILBERTO

La tuberculosis es una tragedia innecesaria por que existen medicamentos y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo. Aun de que la curación y la prevención es el objetivo principal de la salud pública. El contagio ocurre con mayor frecuencia en el ámbito intradomiciliario y le favorece el hacinamiento, los grados de escolaridad básica no concluidos, la atención médica no oportuna, la falta de apoyo familiar en esta enfermedad considerada crónica, provocando el abandono del tratamiento, complicando más la situación del paciente y favoreciendo la drogoresistencia y por consecuencia la prevalencia de la infección.

El objetivo de este estudio de investigación fue identificar que factores se relacionan entre los pacientes que se apegaron al tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y de los que lo abandonan.

*El diseño de estudio fue de tipo descriptivo, transversal, correlacional y retrospectivo, en el que se estudiaron 99 casos nuevos con Tuberculosis Pulmonar, entre los que se apegaron al tratamiento y los que lo abandonaron, en un tiempo comprendido entre el 1º de Octubre de 1997 y el 30 de Septiembre de 1998.*

Marco muestral no probabilístico por conveniencia. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Epi Info versión 6, para captura y análisis de datos estadísticos básicos, como frecuencia y por ciento, así como la estadística inferencial.

Los datos obtenidos de los pacientes con apego al tratamiento fue mediante la aplicación de un instrumento estructurado a través de la técnica de entrevista, al acudir el paciente a la toma del medicamento, y mediante la visita domiciliaria en los pacientes que abandonaron el tratamiento.

*La categorización de las variables estudiadas, apoyo familiar y relación médico – paciente, resultaron con valores significativos al valor de P obtenido, por lo que se aceptan las hipótesis planteadas en estas variables.*

Por los resultados obtenido recomendamos realizar estudios sobre factores de riesgo considerando el estudio socio económico, problemas sociales, autoestima, creencias de salud y factores socio demográficos o personales.

Estos resultados pueden utilizarse en otro grupo de poblaciones a fin de explorar el comportamiento y asociación de factores en el apego y abandono del tratamiento de Tuberculosis Pulmonar.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que representa el equilibrio dinámico entre el hombre y el *Mycobacterium Tuberculosis* (MT). Es probable que en la prehistoria el microorganismo patógeno haya sido *Mycobacterium Bovis* o alguna variante de él. Los primeros casos humanos fueron de seguro, hechos aislados, asociados al consumo de carne infectada o de leche contaminada, antes de que el hombre se asentara en aldeas, el potencial de diseminación era bajo, al asentarse en comunidades grandes, se presentaron las condiciones ambientales para romper el frágil equilibrio entre el hombre y el bacilo de la tuberculosis, pero esto tuvo poco impacto hasta la fundación de grandes ciudades europeas y la pobreza reinante en ellas en el siglo XVII, dieron origen a la epidemia que llegó a conocerse como “la gran peste blanca”, la epidemia se diseminó en los 200 años siguientes por toda Europa, período en el cual el 25% de las muertes se atribuyó a la tuberculosis .(TB) La tuberculosis se presentó en América a la llegada de los europeos. (26)

Se estima que alrededor de 33% de la población mundial esta infectada por *Mycobacterium Tuberculosis*, se calcula que existen 8 millones de casos nuevos anuales, por lo que esta enfermedad se considera como la infección de mayor prevalencia en el mundo. (27)

La tuberculosis es una tragedia innecesaria, porque existen medicamentos y técnicas que han demostrado ser útiles en diversos países del mundo. La curación y prevención de la tuberculosis es el principal objetivo de la salud pública, pero para que se rompa el círculo de la infección y cortar la historia natural de la enfermedad, se requiere que se logren mayores coberturas en la aplicación de la protección específica, mediante la BCG para evitar la complicación de la primoinfección natural o la aparición de la enfermedad y la quimioprofilaxis en personas con riesgo de contraer la infección. (28)

La variedad de TB más frecuente es la tuberculosis pulmonar (TBP), que en 1994 contribuyó con el 82% de casos nuevos en la morbilidad y la meníngea con el 1% según (1)

El contagio ocurre más frecuentemente en el ambiente intradomiciliario y le favorece el hacinamiento, la carencia de educación para la salud, la atención no médica oportuna, la falta de apoyo familiar en esta enfermedad considerada crónica, provocando el abandono del tratamiento, complicando aún más la situación del paciente y favoreciendo la drogoresistencia y por consecuencia la prevalencia de la infección. Representada por los casos pulmonares bacilíferos. La transmisión ocurre principalmente por vía aerógena del enfermo bacilífero al hombre sano y el vehículo de transporte donde va el bacilo son las micro gotas o gotas de Flugge, que aspiradas se alojan en el pulmón. (1)

En los últimos años se ha modificado el panorama optimista que prevalecía sobre el control de la tuberculosis en el mundo; en abril de 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró "Que la tuberculosis debe ser considerada como una emergencia mundial", ya que en muchos países está fuera de control y amenaza la vida de una parte importante de la población, la drogoresistencia, la asociación con el VIH, el acelerado crecimiento demográfico y la existencia de programas de control inadecuados, que originan el abandono del tratamiento por parte del paciente con las consecuencias del potencial de infección a mayor número de personas, son causas del incremento de la incidencia en la población de adultos y jóvenes que hacen que la tuberculosis sea un problema de salud pública dramático en la década de los noventas, por lo que es necesaria una acción urgente y prioritaria en todo el mundo.(1)

El tratamiento del enfermo con tuberculosis constituye la acción fundamental del programa de control y se utiliza la asociación de tres drogas en presentación integrada, llamado Tratamiento Acortado. (1)

Para lograr el máximo efecto bactericida y esterilizante, el tratamiento debe ser acortado estrictamente supervisado (TAES), con medicamentos con presentación integrada. (1)



La irregularidad en la toma, tiempo insuficiente, dosis inadecuadas y asociaciones incorrectas, predisponen a la drogoresistencia y al fracaso. (1)

El presente estudio surge del interés de la práctica clínica y comunitaria, por lo que pretende, contribuir a mejorar las estrategias del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar.

# I. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La TB es un problema de salud pública de tal magnitud y trascendencia que la Organización Mundial de la Salud ha declarado que la meta de erradicar la tuberculosis en el año 2000, tendrá que aplazarse varios años y lo ha declarado como una emergencia mundial en 1993.(5)

Se estima que la tercera parte de la población mundial esta infectada con *Mycobacterium Tuberculosis*. La OMS, evaluó en 1990 el problema de la TB, encontrando 8 millones de casos nuevos y entre 2.6 y 2.9 millones de defunciones por esta enfermedad. Existe la factibilidad de que cada paciente pueda infectar a 12 personas y que de estas el 15% desarrolle la enfermedad.(6).

En el continente americano se reportan en promedio 400 000 casos nuevos de TB cada año y mueren entre 60 000 y 75 000 personas por TB anualmente, la mayoría de los casos en edad productiva, según el informe presentado en la reunión de ministros de salud del continente, celebrada el 26 de septiembre de 1996, en Washington D.C.(1).

En Estados Unidos, a partir de 1987, se observó una tendencia franca al incremento en la morbilidad por TB, según estudios de los Centros para el Control

y Prevención de las Enfermedades (CDC), entre 1985 y 1991 ocurrieron 28 000 casos por arriba de lo esperado.(29).

En México en 1993, la tasa de morbilidad de TB, fue de 17.1 por 100 000 habitantes. Lo esperado para ese año era de 12.5 por 100 000 habitantes de haberse mantenido la tendencia que se observó entre 1941 y 1946.(2) Se estima que en los últimos 10 años, han ocurrido 27 000 casos en exceso. En 1996 la tasa de TBP fue de 18.2 por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad en 1995 de 4.4 por 100 000 habitantes.(3)

En el estado de Nuevo León, se encontraron 998 casos de TBP en mayores de 15 años de un total de 394 054 personas con infección respiratoria aguda (IRA) del mismo grupo de edad entre 1990 y 1996.(4)

La tasa de morbilidad por TBP en 1996 fue de 38.8 por 100 000 habitantes, dos veces por arriba de la nacional, con una mortalidad de 4.9 por 100 000 habitantes en el mismo año.(3)

El porcentaje de pacientes nuevos que terminaron el TAES en Nuevo León fue de 65.2 en 1996, por abajo del promedio nacional de 73.8 en el mismo período, en pacientes atendidos en las unidades de la Secretaría de Salud.(3)

La Dirección General de Medicina Preventiva reportó entre 1983 y 1991 una tasa de abandono del 13.3% en el tratamiento acortado estrictamente supervisado y de 23.2% en el tratamiento autoadministrado de un año, lo que ha impactado en la prevalencia de la TB a nivel mundial. (1)

En la U.M.F. No. 35 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el periodo comprendido de 1998 al 2000, han ingresado al programa de Prevención y Control de Tuberculosis 135 pacientes con el tratamiento del TAES y han sido dados de alta por curación 129 casos(95.55%) al final de la segunda fase, cumpliendo regularmente, con mejoría clínica, BAAR negativos y contactos estudiados .(35)

En la Jurisdicción Sanitaria no. 4, en el período comprendido de 1998, 1999 y 2000, ingresaron al programa de Prevención y Control de Tuberculosis, 189 casos de Tuberculosis Pulmonar, siendo dados de alta por curación 127 pacientes, lo que representa el 67.19% de los casos que ingresaron.(34)

La terapéutica ha sido evolucionando a través de la historia, contribuyendo actualmente el tratamiento acortado el que ofrece la mayor posibilidad de éxito en un 93%, siendo como *única condición que el paciente tenga el apego real al tratamiento*. El éxito del tratamiento antituberculoso depende, además de los factores del individuo, de la supervisión. El tratamiento supervisado en el cual se observa directamente la toma de los medicamentos, ha mostrado reducir la

resistencia primaria y secundaria a drogas así como las recaídas. La OMS ha establecido la corresponsabilidad de los servicios de salud en dicha supervisión.(30).

Considerando los factores propios de la enfermedad del individuo como paciente, y del medio ambiente en el cual interactúa hacen que la tuberculosis, sea un problema de salud pública en todo el mundo, con mayores incrementos de casos nuevos en los países en vías de desarrollo, por lo que se espera que este problema a través del tiempo siga en aumento debido a la pobreza, al hacinamiento, a la falta de higiene, a la desnutrición, a la facilidad con que se transmite esta enfermedad y a la aparición del VIH-SIDA.(2).

El abandono al tratamiento favorece la transmisión del bacilo y la presencia de la drogoresistencia a los antituberculosos de primera línea y al deterioro del paciente en su salud. Con relación a la revisión de la literatura y dado el interés de este problema de salud pública, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

Pero existen diversos factores Sociodemográficos que hacen que el paciente abandone el tratamiento, que van desde la falta de información sobre su enfermedad, falta de interés por curarse, escaso apoyo de la familia, situación económica en algunos casos, nivel educativo e identificación inadecuada entre grupo familiar y el equipo médico, además de enfermedades concomitantes.(5)

**¿Que factores se asocian al apego y abandono del tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar?**

## 2. JUSTIFICACIÓN

En 1990, la unidad de TB de la OMS, realizó una evaluación para determinar la situación actual de la TB y según los resultados, en ese año hubo en el mundo 1 722 millones de infectados, ocho millones de casos nuevos de TB y de 2.6 a 2.9 millones de defunciones por esta misma causa.(1).

Posteriormente se estimó, que entre 1990 y el año 2000 se presentarán 90 millones de casos nuevos y 30 millones de defunciones, de las cuales 22 000 ocurrirán en Canadá y Estados Unidos y 1,210, 000 en Latinoamérica y el Caribe.(1).

Anualmente se reportan 400 000 casos nuevos de TB, y fallecen de 60 000 a 75 000 enfermos en el continente americano. Se estima que la tercera parte de los casos no se reporta y por lo tanto se tratan mal o no reciben ningún tratamiento.(1).

Nueve países de América tienen una tasa de incidencia de TB por arriba de 85 casos por 100 000 habitantes, 12 países con tasa de 25 por 100 000 habitantes. Más de la mitad de los 400 000 casos reportados ocurren en Brasil, México y Perú en 1996, según reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).(1)

En los Estados Unidos se ha manifestado un incremento en la morbilidad por TB en la última década, según estudios de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades entre 1985 y 1991 han ocurrido 28 000 casos en exceso, es decir por encima de lo esperado, observándose más frecuentemente en sujetos de raza negra e hispanos, en comparación con blancos y no hispanos.(31).

En México, en la última década, este padecimiento ha mostrado un incremento, siendo los factores que más se mencionan como posibles tópicos, la pobreza, desnutrición, hacinamiento, ventilación de la vivienda deficiente, abuso del alcohol y otras drogas, el embarazo, el tratamiento prolongado con corticoesteroides, falta de acceso a los servicios de salud, la presencia de enfermedades asociadas como la diabetes, además de todo esto, se está observando de manera alarmante el incremento de casos de drogoresistencia, siendo en esto último, el tratamiento llevado de manera irregular la principal causa. Se calcula que en los últimos 10 años han ocurrido 27 000 casos en exceso, observándose un predominio en los sujetos en edad productiva.(5).

*Sin embargo, este problema de Salud Pública representa riesgos potenciales entre las personas que viven o trabajan con enfermos de tuberculosis, en personas que viven agrupadas como en las residencias de ancianos, entre quienes abusan del alcohol, drogas intravenosas, inmunodeprimidos, en trabajadores para el cuidado de la salud que están en contacto con personas de alto riesgo, asociación*



con VIH/SIDA, aumento de la pobreza, mal cumplimiento de los regímenes de tratamiento y el número de personas sin hogar entre otros.(32)

Se calcula que en México existen de 39 a 59 casos bacilíferos por cada 100 000 habitantes.(2)

La TB representa la décima causa de mortalidad general; En el grupo de 25 a 64 años, ocupa el octavo lugar. La tasa de mortalidad reportada a nivel nacional en 1992 fue de 6 por 100 000 habitantes. Se estima que ocurren 6 000 defunciones por año a causa de TB.(2)

En América Latina se presentan 564,000 casos nuevos de tuberculosis cada año(9), y se registran 250 000 defunciones anuales.(10) En México se reportan 30 000 nuevos casos cada año, calculando que diariamente el número de personas que se infectan es de 1 000 y fallecen 5 000 mexicanos anualmente por TB. Es la séptima causa de muerte entre la población económicamente activa.(10,11)

En Nuevo León los casos de Tuberculosis Pulmonar que se presentaron desde 1998, 1999, y durante el año del 2000, hasta la semana no. 18, suman 2589.(34)

Las defunciones por Tuberculosis en el estado de Nuevo León en los últimos 10 años son 1894 que representa el 15.10% de un total de 12,535 casos que ingresaron en ese período.(34)

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar que factores se relaciones entre los pacientes que se apegan al tratamiento de tuberculosis pulmonar y los que lo abandonan.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Determinar el nivel de información del paciente que se apega al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonan.
- 2.- Determinar si los años escolarizados favorecen al apego y / o abandono del tratamiento entre los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar.
- 3.- Identificar si el apoyo familiar se relaciona ente los pacientes que se apegan y / o abandonan su tratamiento de Tuberculosis Pulmonar.
- 4.- Explorar si la influencia en la relación Médico - Paciente se relaciona con los pacientes que se apegan y / o abandonan su tratamiento de Tuberculosis Pulmonar.

## II. MARCO REFERENCIAL

### EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis cobra a nivel mundial 3 millones de vida y ataca a 8 millones de gentes al año. La tercera parte de la población mundial está infectada por este agente patógeno (MT) esto dicho por el Doctor Horshi Nakajima.(18).

En Estados Unidos, entre 10 y 15 millones de personas están infectadas, la mayoría, con sistema inmunitario intacto, cerca del 90 al 95% no desarrolla la enfermedad. Datos longitudinales de estudio de la BCG y los estudios de vigilancia de contactos con pacientes con TBP realizados desde el decenio de 1930 hasta 1960 sugieren que alrededor de 5 a 15% de los sujetos infectados presentaran la entidad clínica.(8,12)

El porcentaje de pacientes nuevos que terminaron el TAES en Nuevo León fue de 65.2 en 1996, por abajo del promedio nacional de 73.8 en el mismo período, en pacientes atendidos en las unidades de la Secretaría de Salud.(3)

Al inicio de este siglo, alrededor del 10% de todas las muertes en Estados Unidos se debían a *Mycobacterium Tuberculosis*.(13) La mortalidad global no tratada se

acerca al 60% y en promedio la evolución hacia la muerte se produce en unos dos años y medio.

La tuberculosis es causada por el bacilo gram positivo llamado *Mycobacterium Tuberculosis* variedad *hominis* (6), se caracteriza por ser aerobio estricto, en medios con tensiones fisiológicas altas de O<sub>2</sub> y PH de 6.5 a 7(20), inmóvil, no esporulado ni encapsulado, no produce toxinas o sustancias químicas nocivas para el organismo, mide de 1 a 5 micras, cuya principal característica es ser ácido alcohol-resistente (AAR), por ser rico en lípidos que representan el 40% del peso seco y se localizan en la pared celular formando cuatro capas, la primera por proteínas y antígenos, la segunda por ácidos micólicos, la tercera por arabinogalactano y la cuarta por peptidoglicano.(7) De esta forma, gracias a la protección de sus lípidos no pueden cambiar de color con alcohol ácido, una vez teñidas.(8)

El *Mycobacterium Tuberculosis*, se multiplica por fisión binaria para lo cual requieren de 18 horas, por lo que los medios de cultivos tardan en crecer cuando menos 3 semanas.(7)

El *Mycobacterium tuberculosis* se transmite de persona a persona por las secreciones respiratorias, en las cuales los bacilos tuberculosos forman los

núcleos de las gotitas expulsadas al toser, estornudar o hablar. Las gotitas se evaporan a poca distancia de la boca y los bacilos desecados persisten en el aire por largo tiempo. La infección de algún huésped se produce cuando algunos de estos bacilos son inhalados.(8)

El contagio es favorecido por el hacinamiento en que vive el enfermo, generalmente en el ambiente domiciliario, por la deficiente educación para la salud y la falta de atención médica oportuna.(6)

La entrada por primera vez a los pulmones del bacilo tuberculoso produce una reacción inflamatoria aguda inespecífica que rara vez es advertida y se acompaña de pocos o de ningún síntoma. Posteriormente los bacilos son fagocitados por macrófagos y trasladados a los ganglios linfáticos regionales, y si su propagación no se detiene en ellos, su diseminación alcanza el torrente sanguíneo, *distribuyéndose en todo el organismo. La mayor parte de las lesiones pulmonares primarias, aunque éstas siguen siendo focos latentes de una posible reactivación posterior.*(8)

Durante las 2 a 8 semanas posteriores a la primoinfección, mientras los bacilos siguen multiplicándose en el medio intracelular, se desarrolla la hipersensibilidad del huésped infectado. Los linfocitos inmunológicamente competentes penetran en las zonas de infección y producen factores quimiotácticos, interleucinas y

linfocinas. En respuesta a esto llegan a la zona monocitos que se transforman en macrófagos y posteriormente en histiocitos especializados que forman granulomas.(8).

### **MANIFESTACIONES CLINICAS Y SUS COMPLICACIONES.**

Los bacilos pueden persistir dentro de los macrófagos durante muchos años, deteniéndose su multiplicación y propagación. Entonces se produce la curación con la consecuente calcificación tardía de los granulomas, lo que a veces conduce a una lesión residual visibles en las radiografías de tórax. Al conjunto de una lesión pulmonar periférica calcificada y un ganglio hiliar calcificado se conoce como el complejo de Ghon.(8)

La tuberculosis de reactivación pulmonar tiene predilección por los segmentos apicales posteriores de los lóbulos superiores y los segmentos superiores de los lóbulos inferiores. El grado de extensión de la enfermedad varía desde infiltrados mínimos, que transcurren sin síntomas y que apenas son visibles en las radiografías de tórax, hasta una afección masiva, con cavitación extensa y con síntomas respiratorios y con generales debilitantes, si no se trata la tuberculosis pulmonar sigue su curso crónico y progresivo con participación cada vez más del parénquima pulmonar.(8)

Al empeorar las lesiones pulmonares aparece necrosis central con desarrollo de caseificación, así llamada porque el material necrótico que sólo se licua parcialmente, tiene aspecto de queso.

Simultáneamente crecen lesiones satélites que son visibles en las radiografías de tórax, y resultan útiles para distinguir la tuberculosis de las neoplasias pulmonares. El material necrótico pueden vaciarse en los bronquios conteniendo gran cantidad de bacilos apareciendo las cavitaciones de la lesión nodular. Con el avance de la tuberculosis, se pierde la estructura pulmonar, siendo típica la fibrosis, la pérdida de volumen y la retracción hacia arriba. Sin embargo las zonas que enfermaron recientemente, pueden curar con poca destrucción si se administra quimioterapia.(8)

Las cavidades pulmonares pueden persistir aunque la quimioterapia eficaz haya conseguido una curación aparente, dichas cavidades pueden ser origen de hemoptisis importante. Si se rompe una caverna tuberculosa en el espacio pleural, puede dar origen al empiema tuberculoso y a la fístula broncopleural.(8)

La tos crónica puede ser el síntoma principal respiratorio y el esputo suele ser escaso y no purulento, es frecuente la hemoptisis pero es común que sólo se limite a estrías sanguinolentas en el esputo. Es rara la hemoptisis masiva que



ponga en peligro la vida. Además hay fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.(8)

El número de bacilos expulsados por la mayoría de las personas infectadas no es grande, por lo que se necesitan muchos meses de convivencia con una persona enferma para que se produzca la transmisión. Son muy contagiosas la *tuberculosis laríngea o endobronquial*, las formas recientes de diseminación broncógena de la tuberculosis, y las formas pulmonares con cavitación extensa.(8)

La contagiosidad guarda relación con el número de bacilos en el esputo, con la extensión del proceso en el pulmón y con la frecuencia de la tos, las micobacterias son sensibles a la radiación ultravioleta, de tal manera que es difícil su transmisión en la calle a la luz del día. Una ventilación suficiente es la medida más eficaz para reducir la infecciosidad del bacilo de la tuberculosis.(8)

La tuberculosis primaria se localiza en el pulmón y se asienta principalmente en las cavernas que contienen un gran número de micobacterias; alrededor de 100 millones de unidades formadoras de colonias (UFC). Entre estos organismos que son sensibles a las drogas antituberculosas, aparecen mutantes farmacorresistentes con una frecuencia de 1 en un millón. En la cavidad pulmonar, gran número de bacilos se localiza en la delgada capa líquida caseosa que cubre la pared interna de la cavidad.

Estos bacilos son extracelulares y se multiplican con rapidez, ya que la tensión de oxígeno y la cantidad de nutrimentos son favorables. Además de esta población bacilar existen otros dos tipos de poblaciones, una de ellas en el interior de los macrófagos y la otra en el interior de las lesiones caseosas sólidas. En estas últimas dos condiciones la cantidad de población es pequeña, ya que las condiciones ambientales son desfavorables para su desarrollo.(22)

#### **TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.**

Antes del descubrimiento de la quimioterapia para la TB, el tratamiento era empírico, consistía en que el enfermo debería estar en reposo, en sanatorios, aire fresco, mejoría de la nutrición,(14) y medidas médico quirúrgicas para ocluir cavernas pulmonares,(15,16) considerando que en el 50% de los casos, la muerte era inevitable, víctimas de las “Peste Blanca” como también se le conocía.(17)

Por fin, llegó la esperada quimioterapia en 1945, con el descubrimiento de la Estreptomicina (S) y el Ácido Paraamino-Salicílico (PAS) y un año después se inició la era moderna del tratamiento antifímico; en 1950 se descubrió la Isoniacida (HIN), posteriormente se descubre la Rifampicina (RIF) y la Pirazinamida (PZA),

cuya asociación con la Isoniacida, resultó en una mayor efectividad del tratamiento.(5)

Esto trajo nuevos problemas, muchos de estos fármacos presentaban reacciones secundarias desagradables, por lo que muchos enfermos escupían los medicamentos por las ventanas, quedando el piso cubierto con el polvo de los antifímicos. El modelo médico de entonces indicaba que el resto de la responsabilidad del tratamiento se dejaba al paciente. La función del personal de enfermería era vigilar al enfermo, verificar que se obtuvieran las radiografías apropiadas, enviar con regularidad las muestras de esputo y hacer las citas con la clínica de neumología. También según el modelo médico de entonces si el paciente no tomaba el medicamento, no era culpa de la enfermera, de los miembros de la familia y amigos. Médicos y enfermeras podrían haber sospechado, o incluso saber que el paciente no tomaba el fármaco, no establecían intervenciones específicas.(14)

Con la asociación de la Isoniazida y Pirazinamida, en 1956 apareció la quimioterapia de corta duración, cuyos objetivos fueron encontrar una combinación para evitar la resistencia bacteriana y esquemas de tratamiento mejor aceptados y de menor duración.(17) Si el paciente se rebelaba abiertamente y rechazaba el tratamiento, se le enviaba por la fuerza al hospital para enfermos mentales, donde se le encerraba bajo llave.(14)

Los pacientes mejoraban a pesar de recibir tratamiento antifímico parcial, algunos lograban cura permanente, mientras que otros mostraban mejoría hasta tal punto que se creía que estaban curados, pero años más tarde, algunas de esas personas “curadas” presentaban recidivas que invariablemente terminaban en la muerte.(14)

En los últimos años, ha resurgido la TB en el mundo, debido principalmente al aumento de pacientes infectados con bacilos drogo resistentes (18) y también en Estados Unidos se observó un impresionante incremento en la incidencia de TB y brotes de la misma. *El tratamiento estándar ha sido ineficaz.*(19)

Desde el decenio de 1940 se ha acumulado información sobre los antifímicos. La Federal Droug Administration (FDA) ha autorizado nueve fármacos para tratar la TB. Entre ellos se cuentan Aminosalicilato Sódico, Capreomicina, Cicloserina, Etambutol, Etionamida, Isoniacida, Pirazinamida, Rifampicina y Estreptomicina. Otros productos pueden ser útiles para el tratamiento de la TB, pero no están indicados específicamente, incluyen la Amikacina, Ciprofloxacina, Clofacimina, Kanamicina y Ofloxacina.(20,21)

Una sola droga como tratamiento, ocasiona mutantes resistentes, lo que lleva al fracaso al tratamiento. Los esquemas actuales de tratamiento incluyen dos o más

drogas y que éstas sean bactericidas para los microorganismos en los tres diferentes tipos de población, a fin de evitar las recaídas.(22)

La Estreptomicina es activa contra los organismos que están en las lesiones abiertas y que se están multiplicando rápidamente; la Isoniazida actúa en las lesiones abiertas y cerradas; la Pirazinamida es una droga muy potente, especialmente contra los organismos que se encuentren en el interior de los macrófagos, y la Rifampicina es bactericida para los tres tipos de población bacilar señalada. Estas cuatro drogas, además del Etambutol, constituyen la base de los esquemas de tratamiento más eficaces en la actualidad y se les considera como drogas primarias.(22)

Las drogas secundarias, como son Ácido Paraaminosalicílico, Cicloserina, Viomicina, Kanamicina, Amikacina, Capreomicina, Etionamida y Tiacetazona, están indicadas cuando se demuestra resistencia del microorganismo.(22)

El tratamiento que se recomienda para pacientes con microorganismos susceptibles es el de seis meses, llamado tratamiento acortado que tiene dos variedades: el acortado estrictamente supervisado y el acortado autoadministrado. Se divide en dos fases, la intensiva con Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida diariamente por 10 semanas y la de sostén con Isoniacida y Rifampicina dos veces a la semana por 15 semanas.(23)

Este tratamiento de TB es más sencillo, pero solo funciona cuando el enfermo toma el producto con regularidad para que sea exitoso, el tratamiento bajo supervisión directa constituye una opción excelente cuando se cuenta con los recursos suficientes.(21) Corroborar el consumo regular de fármacos para lograr la curación es tan importante como establecer el diagnóstico de TB. No es suficiente con prescribir únicamente los medicamentos.(24)

Las ventajas del tratamiento de corta duración son obvias: cuando menor sea la duración del tratamiento, tanto más conveniente resultará para el paciente y habrá más probabilidades de la cooperación de éste. Además resulta con un menor riesgo de toxicidad crónica, menores necesidades de dinero, instalaciones terapéuticas y personal de salud. Los esquemas cortos que tienen más probabilidades de éxito son los de 6 meses.(22)

La dirección General de Medicina Preventiva de México, reportò entre 1983 y 1991

### **ABANDONO DE TRATAMIENTO Y FACTORES QUE LO INFLUYEN.**

Uno de los principales problemas en el control de la tuberculosis, es el fracaso por abandono del tratamiento, lo que se debe, entre otros factores, a que el paciente una vez que se siente mejor considera innecesario continua tomando los

medicamentos. Esto ha obligado a diseñar esquemas de corta duración, pero igual de eficaces y que permitan la supervisión directa por el personal de salud para verificar la ingesta del medicamento.(22)

En 1990, los informes de programas de atención recibidos por los Centres for Disease Control mostraron que alrededor de 24.2% de pacientes no tomaron el tratamiento completo en un período de 12 meses y en algunas regiones la cifra fue hasta de 55%. Los CDC informaron que en 1991, 1413 (5.4%) de los 26 283 casos de TB recién informados eran recidivas, 60 (4.2%) de esos pacientes habían tenido TB más de dos veces, despertando gran preocupación por la resistencia farmacológica del tratamiento para la TB.(25)

Recientemente los CDC realizaron una encuesta nacional de resistencia farmacológica entre los casos de TB, encontrándose que el 14.9% de los pacientes examinados tenían microorganismos con resistencia a cuando menos a un antifímico, y 3.3% de los pacientes a Isoniacida y Rifampicina.(25)

Artículos recientes indican que del 40 al 50% de pacientes no utilizan los medicamentos como se prescriban. Supervisores experimentados en TB de Estados Unidos calculan que la falta de apego al tratamiento médico varía del 20 al 80% y puede ser hasta el 100% en algunos grupos.(14)

No hay un grupo o clase social que pueda identificarse como de mayor riesgo de presentar este problema. Aún en los miembros más educados de la sociedad pueden no observar el tratamiento prescrito. Tampoco puede decirse que el ser pobre y vivir en condiciones por debajo de lo deseable significa que el paciente no es confiable y no seguirá el tratamiento.(14)

Por experiencia se sabe que los siguientes grupos requieren e un cuidadoso seguimiento porque tienden a presentar un alto riesgo de falta de observancia del tratamiento.(14)

Las personas que con anterioridad no tomaron los antifímicos prescritos, para tratar la enfermedad con fines profilácticos, están en un alto riesgo de enfermar.(14)

Personas que abusan de las drogas, alcohol u otras sustancias adictivas. Bajo los efectos de estos productos sobreviene la desorganización y el pensamiento cognoscitivo se ve alterado.(14)

Los pacientes con trastornos o retraso mental, los que sufren insuficiencia cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y otras alteraciones de ese tipo, tienen dificultad para recordar que deben tomar los medicamentos con regularidad. Otras alteraciones físicas como cuadriplejía, artritis grave y trastornos musculares pueden restringir el uso de medicamentos comunes.(14)



Las personas más difíciles de tratar son los más confiables, son cooperadoras y se interesan en el tratamiento, desean información sobre el proceso morboso lo que indica su interés. Desde el principio parecen ser “buenos pacientes”. Se trata de individuos que gozan de respeto en la comunidad y son considerados los más responsables por la sociedad. Por desgracia los prestadores de servicios de salud se encuentran en este grupo.(14)

Algunos pacientes son lo suficientemente honestos al declarar que son pésimos para tomar los medicamentos, y lo confiesan de inmediato por lo que no lo intentan en lo absoluto.(14)

La relación entre el prestador del servicio y el paciente suele ser estresante, por lo que un grado académico en medicina o enfermería, no garantiza la empatía entre el paciente y el médico o enfermera y son causa importante de falta de colaboración del paciente.(14)

Se ha demostrado que el tratamiento preventivo tomado en la forma prescrita tiene una eficacia del 93% en la prevención del paso de infección a enfermedad tuberculosa. En la revisión de casos de enfermos de TB es bastante común encontrar que los pacientes recogieron la cantidad adecuada de tratamiento profiláctico y aún así tuvieron la enfermedad. En realidad la cantidad de

medicamentos que tomaron estos pacientes no fue el suficiente para evitar la progresión de la enfermedad.(14)

El tratamiento de la tuberculosis provoca efectos secundarios desagradables. Algunos de los problemas que contribuyen a la falta de comunicación en el contexto médico son el uso del vocabulario técnico especializado, diferencias culturales entre pacientes y el prestador de servicios lo que constituye la verdadera diferencia en cuanto a la observancia del tratamiento. Es por esta razón que lo mejor es asignar un personaje principal al paciente durante el tratamiento.(14)

Los principales servicios que promueven la observancia del tratamiento son aquellos en que el paciente no percibe barrera para recibirlos.

Uno de los primeros principios que se aprenden en medicina es que para verificar que el paciente tome el medicamento, quien lo proporciona debe ver deglutirlo. Por lo tanto para asegurar el apego al tratamiento y posteriormente la curación, es la llamada variedad del **tratamiento acortado estrictamente supervisado** la que debe considerarse como la principal estrategia, en la cual el paciente deberá acudir todos los días a la clínica para que se le proporcione su medicamento y la persona responsable de este servicio, observar que lo degluta.(14)

## **ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL ABANDONO**

Según Manjarrez Morales y colaboradores en su estudio de 1993 sobre las características sociodemográficas de las personas que padecieron de Tuberculosis Pulmonar, encontró que los pacientes que murieron por complicaciones, al abandonar el tratamiento se caracterizaban por :

- Pertenecer a los grupos sociales más desprotegidos.
- Eran en gran proporción analfabetas.
- Bajo grado de escolarización.
- Condición de inestabilidad laboral.
- Alcoholismo.
- Vivir en áreas rurales.
- Efectos indeseables de los medicamentos.
- Enfermedades concomitantes como Diabetes Mellitus, Micosis Pulmonar, Epec.

En una investigación experimental realizada por Martínez y colaboradores en 1982, concluyen que las principales causas de abandono del tratamiento 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 :

- Las edades más frecuentes de los que habían abandonado eran de 15 a 44 años.
- Del genero masculino.
- Bajo grado de escolarización.
- Deficiencias en el seguimiento en el domicilio del paciente.
- Problemas administrativos para manejar el expediente y la tarjeta de control.
- Deficiente información acerca de su enfermedad.

En 1987 en la Facultad de Salud Pública de la U.A.N.L. realizo en ciudad Guadalupe, Nuevo León un estudio para conocer las razones que tiene el paciente tuberculoso para abandonar el tratamiento y se observo que el 67% tenían baja escolaridad y entre otras causas de abandono se encontró que presentaban una sensación de mejoría en los primeros tres meses de tratamiento en un 57%, presencia de efectos colaterales 36%, y de dificultad de conseguir el tratamiento

un 7%. Al aplicar la prueba de chi cuadrada con nivel de significancia de 0.05 se encontró que existía relación entre la baja escolaridad y las causas de abandono..

Paz (1994) realizó un estudio descriptivo correlacional de 39 pacientes y encontró baja escolaridad en un 72%, y un 46% desconocían la duración del tratamiento. Además menciona que entre las causas de abandono al tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar estaban el haber presentado mejoría y efectos adversos de los medicamentos.

### **III. HIPÓTESIS**

#### **1. ESTRUCTURA**

**Hi: 1** Existe relación entre el nivel de información del paciente que se apega al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonan?.

**Hi: 2** Los años escolarizados influyen en los pacientes que se apegan al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonan?.

**Hi: 3** El apoyo familiar del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar se relaciona con el apego al tratamiento y de quienes lo abandonan?.

**Hi: 4** La relación Medico-Paciente influye en el apego al tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonan?.

## **2. DESARROLLO**

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- a). Información del paciente sobre la Tuberculosis.
- b). Apoyo familiar.
- c). Años escolarizados.
- d). Relación Medico-Paciente.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- a). Abandono del tratamiento.
- b). Apego al tratamiento.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	ITEM	MÉTODO	INSTRUMENTO	ESCALA	RANGO
Apego y Abandono de Tratamiento	Información	-¿Sabe como se transmite? -¿Sabe que es curable? ¿Sabe cuanto dura el tratamiento? -¿Sabe que su familia o las personas con las que convive se pueden contagiar?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
	Escolaridad	-¿Sabe leer y escribir? -¿Hasta que año estudió?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
	Apoyo Familiar	- ¿Cuando le comunicó a su familia de su enfermedad fue rechazado? -¿Cuando se enteraron de su enfermedad lo apoyaron? -¿A su familia le fue indiferente su problema de salud? ¿Quién de su familia mostró mayor interés en su curación? -¿Alguien de su familia lo abandonó por su enfermedad? -¿Quién lo acompañó con mayor frecuencia a la unidad para su consulta y toma de medicamentos? -¿Su familia lo apoya económicamente? -¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO
	Relación Médico-Paciente	¿Su médico le explicó de su padecimiento? ¿La explicación fue clara? ¿Su médico le dijo que su enfermedad es curable? ¿Su médico le explicó cuanto dura el tratamiento? ¿El médico le explicó del apego al tratamiento?	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO



VARIABLE	INDICADOR	ITEM	MÉTODO	INSTRUMENTO	ESCALA	RANGO
Apego y Abandono de Tratamiento	Relación Médico-Paciente	<p>¿El médico le explicó que al abandonar el tratamiento su curación será más difícil?</p> <p>¿El médico informó de su enfermedad a su familia?</p> <p>El médico estudió a su familia, para detectar a otros enfermos?</p> <p>¿Quién del personal mostró mayor interés en su enfermedad y tratamiento?</p> <p>¿Con cuál personal de salud sintió más consianza?</p>	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	<p>SI - NO</p> <p>a)Médico b)Enfermera c)Neumólogo d)Trab.Social</p>
TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS	Apego y abandono tratamiento	<p>¿Por qué dejó el tratamiento?</p> <p>¿Sintió mejoría?</p> <p>¿Tuvo síntomas secundarios al tomar el tratamiento?</p> <p>¿Pensó que era demasiado el tiempo del tratamiento?</p> <p>¿El personal de Salud le informó que la baciloscopia de control fue negativa, por lo que consideró que ya no era necesario continuar con el tratamiento?</p> <p>¿Última cita?</p> <p>¿Está tomando el tratamiento desde entonces?</p> <p>¿Su actividad principal le impide cumplir con el tratamiento?</p> <p>¿En su trabajo saben que usted padece Tuberculosis?</p> <p>¿Su jefe le da facilidades para que asista a su tratamiento?</p> <p>¿Su jefe inmediato le da facilidades para que asista a su tratamiento?</p>	Entrevista	Cuestionario estructurado	Nominal	SI - NO

## **IV. DISEÑO**

### **1. METODOLÓGICO**

#### **1.1. TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo, Transversal, correlacional y retrospectivo. ( Polit 1997)

#### **1.2. UNIDADES DE OBSERVACIÓN**

Sujetos: casos nuevos con Tuberculosis Pulmonar, con apego al tratamiento y de quienes lo abandonan.

#### **1.3. TEMPORALIDAD**

Los casos nuevos comprendidos del 1º. de Octubre de 1997 al 30 de Septiembre de 1998.

#### **1.4. UBICACIÓN ESPACIAL**

Pacientes de población abierta con Tuberculosis Pulmonar del municipio de Guadalupe, y pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 35 del IMSS de la ciudad de Monterrey, en el estado de Nuevo León.

## **1.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.**

### **A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO CON APEGO AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.**

- Casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar
- Diagnosticados con baciloscopía
- Con tratamiento acortado
- Mayores de 15 años
- Pacientes con Tuberculosis Pulmonar de población abierta, que radiquen en el municipio de Guadalupe, y de una Unidad de Medicina Familiar del Municipio de Monterrey, N.L.

### **B. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO QUE ABANDONO EL TRATAMIENTO.**

- Casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar
- Diagnosticados con baciloscopía
- Que iniciaron y abandonaron el tratamiento acortado.
- Mayores de 15 años

- Pacientes con Tuberculosis Pulmonar de población abierta, que radiquen en el municipio de Guadalupe, y de una Unidad de Medicina Familiar del Municipio de Monterrey, N.L.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con Tuberculosis Extrapulmonar.
- No ubicables por cambio de domicilio.
- Que emigraron del área metropolitana.
- Menores de 15 años

## **2. ESTADÍSTICO**

### **2.1. MARCO MUESTRAL**

No probabilístico, por conveniencia.

### **2.2. TAMAÑO MUESTRAL**

n = 99 (grupo de apego y grupo de abandono).

Grupo de apego al tratamiento, n = 63.

Grupo de abandono al tratamiento, n = 36.

## **2.3. PROCEDIMIENTO.**

Para el procesamiento de datos del estudio se utilizò el programa Epi – Info versión 6 para captura y análisis de datos estadísticos básicos como frecuencia y porcentaje, así como la estadística inferencial .

Un aspecto importante fue la revisión y modificación del instrumento para valorar la comprensión de las preguntas y tiempo que se utilizaría.

## **2.4 RECURSOS HUMANOS**

### **1. Recursos Humanos**

#### **1.1. Investigadores**

Dr. Mario Alberto Puente López

Dr. Benito Miranda Méndez

#### **1.2. Sistemas**

1 capturista

#### **1.3. Encuestadores (8)**

## 2. Recursos Materiales

Hojas de máquina

Lápices

Diskette

Sistema de cómputo

## 3. Recursos Financieros

Aportado por los investigadores.

### **2.5 ETICA DEL ESTUDIO.**

Se consideró lo fundamentado en la Ley General de Salud en materia de Investigación sobre el consentimiento informado, confidencialidad y estudio sin riesgos para el paciente.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

**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 de tratamiento establecido. Sin embargo, se reconocen las bondades de las políticas de salud en beneficio a la población en relación a este problema de Salud Pública.**

**Este estudio abordó el tema “ Factores asociados al Apego y Abandono del Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.”**

**La descripción de los datos corresponden a lo encontrado entre los pacientes que se apegaron al tratamiento de Tuberculosis y de aquellos de quienes lo abandonaron.**

**TABLA No.1**

**¿ QUE ES LA TUBERCULOSIS?**

CATEGORIAS	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
Afección o daño al pulmón	27	43%	22	61%	49
Enfermedad contagiosa	30	47%	7	19%	37
Enfermedad con tos y flema	1	2%	1	3%	2
Enfermedad mortal	2	3%	1	3%	3
Otra	2	3%	2	6%	4
No sabe	1	2%	3	8%	4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**La Chi-cuadrada sin corregir: 86.65**

**Grado de libertad: 70**

**Valor de P=0.00000000**

**Se categorizaron las respuestas obtenidas de la pregunta ¿Qué es la Tuberculosis?, encontrándose que el 47% de los que se apegaron al tratamiento, refirieron que la Tuberculosis es una enfermedad contagiosa, mientras que los que abandonan de los 36 pacientes, el 22% contestó que es una afección o daño al pulmón.**

**Por lo que se concluye en esta categorización que el valor obtenido de Chi-cuadrada fue de 86.65, este mostró un valor de P significativo.**



**TABLA No. 2**

**¿ SABE COMO SE TRANSMITE ?**

SABE COMO SE TRANSMITE	APEGO TRATAMIENTO		ABANDONO TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	60	95.2	30	83.3	90
NO	3	4.8	6	16.7	9
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

La Chi- Cuadrada sin corregir: 3.93

Mantel-Haenszel: 3.89

Corrección de Yates: 2.62

VALOR P= 0.10551520

Con relación a la pregunta sobre si sabe como se transmite la enfermedad, el 95.2% de los que se apegaron al tratamiento respondieron que si sabían. Este dato tuvo similar comportamiento del 83.3% en los que lo abandonaron. El valor de P no mostró significancia para esta variable.

**TABLA No. 3**

**¿ SABE QUE ES CURABLE ?**

CURABLE	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	15	41.7	77
NO	1	1.6	21	58.3	22
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

FUENTE: CUESTIONARIO

La Chi-Cuadrada sin corregir: 42.68

Mantel-Haenszel: 42.25

Corrección de Yates: 39.46

VALOR P= 0.00000000

El valor de P obtenido es significativo con relación a lo encontrado en la pregunta ¿Sabe que es curable?. El 41.7% de los 36 pacientes que abandonaron el tratamiento refirieron saber que es curable la enfermedad. Así como el 98.4 de los 63 que se apegaron al tratamiento.

**TABLA No. 4**

**¿ CUANDO LE COMUNICÓ A SU FAMILIA,  
FUE RECHAZADO?**

RECHAZO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
NO	59	93.6	28	77.7	87
SI	4	6.4	8	22.3	12
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

La Chi- Cuadrada sin corregir: 5.42

Mantel-Haenszel: 5.36

Corrección de Yates: 4.03 VALOR P= 0.04467095

Con relación al rechazo, el 93.6% de los 63 pacientes que tuvieron apego al tratamiento refirieron no ser rechazados por la familia, mientras los que abandonaron su tratamiento el 77.7% refirieron que no los rechazó la familia.

El valor de P es significativo con relación a esta variable.

**TABLA No. 5**

**APOYO DE LA FAMILIA**

APOYO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	33	91.6	95
NO	1	1.6	3	8.4	4
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

FUENTE: CUESTIONARIO

La Chi- Cuadrada sin corregir: 2.69

Mantel-Haenszel: 2.66

Corrección de Yates: 1.23

VALOR P= 0.26730562

Esta variable no mostró significancia en el valor P encontrado.

Por lo que podemos concluir que el 98.4% de los pacientes que mostraron apego al tratamiento recibieron apoyo de la familia. Y el 91.6% de los que lo abandonaron también refieren apoyo de la familia.

**TABLA No. 6**  
**FUERON INDIFERENTES**

INDIFERENTES	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
NO	53	84.1	31	86.1	84
SI	10	15.9	5	13.9	15
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

La Chi- Cuadrada sin corregir: 0.07

Mantel-Haenszel: 0.07

Corrección de Yates: 0.00      VALOR P= 0.97886936

Este ítem no mostró significancia para el valor de P. Dado que el 84.1% de los sujetos que mostraron apego al tratamiento, no fueron indiferentes para la familia. Un comportamiento similar mostró el grupo que abandonaron su tratamiento con relación a que no fueron indiferentes en la familia el 86.1%.

**TABLA No. 7**

**LO ABANDONÓ LA FAMILIA**

<b>ABANDOMO DE LA FAMILIA</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>NO</b>	<b>59</b>	<b>93.7</b>	<b>32</b>	<b>88.9</b>	<b>91</b>
<b>SI</b>	<b>4</b>	<b>6.3</b>	<b>4</b>	<b>11.1</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**La Chi- Cuadrada sin corregir: 0.70**

**Mantel-Haenszel: 0.69**

**Corrección de Yates: 0.21**

**VALOR P= 0.65055772**

**El 93.7% de los pacientes que se apegaron al tratamiento, refirieron el no abandono de la familia. Mientras que el 88.9% de los pacientes que abandonaron su tratamiento, informaron también el no abandono por parte de la familia. Por lo que se concluye que el valor de P obtenido no mostró significancia para esta variable.**

**TABLA No. 8**

**MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE MOSTRÓ MAS INTERÉS**

MIEMBRO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
Espos(a)	25	40%	11	31%	36
Madre / Padre	9	14%	3	8%	12
Hermana (o)	1	2%	2	5%	3
Hijo (a)	13	20%	1	3%	14
Otro	1	2%	1	3%	2
Nadie	14	22%	18	50%	32
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>

FUENTE: CUESTIONARIO

Chi-cuadrada sin corregir: 40.44

Grado de Libertad : 35

Valor de P= 0.00000000

En relación a que miembro de la familia mostró mas interés en el paciente con relación a su enfermedad, en el grupo que mostró apego a su tratamiento, el 40% refirió que el esposo(a). No mostrando similitud en el grupo que abandonó el tratamiento, dado que el 50% informó que nadie de los miembros mostró más interés.

Por lo que se concluye para el análisis estadístico que el valor de P obtenido mostró significancia.

**TABLA No. 9**

**APOYO ECONÓMICO**

<b>APOYO</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>SI</b>	<b>54</b>	<b>85.7</b>	<b>22</b>	<b>61.1</b>	<b>76</b>
<b>NO</b>	<b>9</b>	<b>14.3</b>	<b>14</b>	<b>38.9</b>	<b>23</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 7.78**

**Mantel-Haenszel: 7.70**

**Correccion de Yates: 6.46**

**Valor P= 0.01105144**

**El 85.7% de los 63 pacientes que se apegaron a su tratamiento, refirieron recibir apoyo económico, mientras que solo el 61.1% de los 36 pacientes que abandonaron su tratamiento, refieren recibir apoyo económico.**

**Con relación al valor de P este obtuvo nivel de significancia para esta variable.**



**TABLA No. 10**

**APOYO FAMILIAR PARA  
NO ABANDONAR SU TRATAMIENTO**

<b>APOYO</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>SI</b>	<b>61</b>	<b>96.8</b>	<b>30</b>	<b>83.3</b>	<b>91</b>
<b>NO</b>	<b>2</b>	<b>3.2</b>	<b>6</b>	<b>16.7</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 5.61**

**Mantel-Haenszel: 5.56**

**Correccion de Yates: 3.94**

**Valor P= 0.04701377**

**Con relación a la variable Apoyo Familiar para no abandonar el tratamiento, el 96.8% de los 63 pacientes que se apegaron al tratamiento recibieron apoyo. Y en relación con los que lo abandonaron el 83% recibió apoyo para el no abandonarlo. Por lo que se concluye que se encontró significancia en el valor de P.**

**TABLA No. 11**

**ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
Sabe leer y escribir	3	5%	4	11%	7
Escolaridad Básica	51	81%	32	89%	83
Nivel Técnico	4	6%	0	0%	4
Profesional	3	5%	0	0%	3
Se ignora	2	3%	0	0%	2
Total	63	100%	36	100%	99

FUENTE: CUESTIONARIO

Con relación a los pacientes que se agrupan en el grupo apego al tratamiento, el 81% cuentan con escolaridad básica, mostrando un comportamiento similar entre los que abandonaron el tratamiento con un 89%.

En relación de P para la pregunta "Sabe leer y escribir", se obtuvo un valor de P no significativo (P:0.92467688 y una Chi-cuadrada sin corregir de 0.01), y para otros grados de escolaridad no mostró significancia (P: 0.57835461 siendo un valor de Chi-cuadrada sin corregir: 22.02, con 24 Grados de Libertad).

**TABLA No. 12**

**EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE SU ENFERMEDAD**

LE EXPLICO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	61	96.8	28	77.8	89
NO	2	3.2	8	22.2	10
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

**Chi-cuadrada sin corregir: 9.15**

**Mantel-Haenszel: 9.06**

**Correccion de Yates: 7.18**

**Valor P= 0.00738971**

El valor de P es significativo para esta variable en los grupos. Por lo que se concluye que al 96.8% de los pacientes que se apegaron al tratamiento, el medico les explico sobre su enfermedad. Y para el grupo abandono, el 77.8% manifestó lo mismo.

**TABLA No. 13**

**¿ FUE CLARO EL MÉDICO ?**

MEDICO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	60	96.8	21	58.3	81
NO	2	3.2	15	41.7	17
TOTAL	62 *	100	36	100	98

FUENTE: CUESTIONARIO

\* VALOR PERDIDO

**Chi-cuadrada sin corregir: 23.47**

**Mantel-Haenszel: 23.23**

**Correccion de Yates: 20.87**

**Valor P= 0.00000492**

El valor de P es altamente significativo para esta variable, por lo que se concluye que de los 62 pacientes que se apegaron al tratamiento, el 96.8% respondió que el médico fue claro y de los que abandonaron de los 36, el 58.3% contestó lo mismo.

**TABLA No. 14**

**¿ LE DIJO QUE ES CURABLE ?**

CURABLE	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	32	88.9	94
NO	1	1.6	4	11.1	5
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

Chi-cuadrada sin corregir: 4.33

Mantel-Haenszel: 4.29

Correccion de Yates: 2.57

Valor P= 0.10858626

El valor de P no es significativo para esta variable, sin embargo, el 98.4% de los 63 que se apegaron al tratamiento, refirieron haber sido informados que la enfermedad es curable y el 88.9% de los que

**TABLA No. 15**

**¿ LE EXPLICÓ CUANTO DURA EL TRATAMIENTO ?**

LE EXPLICÓ	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	18	50.0	80
NO	1	1.6	18	50.0	19
TOTAL	63	100	36	100	99

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 34.62**

**Mantel-Haenszel: 34.27**

**Correccion de Yates: 31.57    Valor P= 0.00000002**

**El valor de P obtenido es altamente significativo mostrando mayor porcentaje el grupo del apego del tratamiento 98.4%, mientras que el grupo de abandono del 36, lo refiere solo el 50%**

**TABLA No. 16**

**¿ LE EXPLICÓ SOBRE EL APEGO DEL TRATAMIENTO ?**

LE EXPLICÓ EL APEGO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	26	72.2	88
NO	1	1.6	10	27.8	11
TOTAL	63	100	36	100	99

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 15.91**

**Mantel-Haenszel: 15.75**

**Correccion de Yates: 13.37**

**Valor P= 0.00025576**

**Esta variable muestra un valor de P altamente significativo. Dado que los 63 pacientes el 98.4% le explicaron el apego del tratamiento y de los 36 que abandonaron el 72.2% refirieron lo mismo.**

**TABLA No. 17**

**¿ LE EXPLICARON QUE EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ES MÁS DIFÍCIL PARA SU RECUPERACIÓN ?**

LE EXPLICARON	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	24	66.7	86
NO	1	1.6	12	33.3	13
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

Chi-cuadrada sin corregir: 20.24

Mantel-Haenszel: 20.04

Correccion de Yates: 17.55

Valor P= 0.00002794

Con relación a que si le explicaron que el abandono del tratamiento es mas difícil para su recuperación se concluye que el valor de P es altamente significativo para esta variable.

El 98.4% del total de 63 pacientes con apego al tratamiento, refieren que si les explicaron de las complicaciones que ocasiona el abandono del tratamiento, al igual que de 36 que abandonaron, el 66.4% también le explicaron.



**TABLA No. 18**

**¿ LE INFORMÓ A SU FAMILIA ?**

LE INFORMÓ	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	59	93.7	27	75.0	86
NO	4	6.3	9	25.0	13
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

**Chi-cuadrada sin corregir: 6.99**

**Mantel-Haenszel: 6.92**

**Correccion de Yates: 5.45**

**Valor P= 0.01960559**

**El 93.7% de los 63 pacientes le informaron a su familia, mientras que el 75% de los que abandonaron refirieron lo mismo. Por lo que se concluye que el valor de P obtenido es significativamente para esta variable.**

**TABLA No. 19**

**EL MÉDICO ESTUDIO A OTROS MIEMBROS DE SU  
FAMILIA**

<b>OTROS MIEMBROS</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>SI</b>	<b>59</b>	<b>93.7</b>	<b>30</b>	<b>83.3</b>	<b>89</b>
<b>NO</b>	<b>4</b>	<b>6.3</b>	<b>6</b>	<b>16.7</b>	<b>10</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 2.69**

**Mantel-Haenszel: 2.66**

**Correccion de Yates: 1.67**

**Valor P= 0.19632116**

**El valor encontrado no muestra significancia en esta variable. El 93.7% de los 63 que tenían apego, manifestaron que el médico si estudió a otros miembros de su familia para ver si estaban enfermos, mientras que el 83.3% de los 36 que abandonaron refieren lo mismo.**

**TABLA No. 20**

**SINTIÓ MEJORÍA AL TOMAR EL TRATAMIENTO**

MEJORÍA	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	62	98.4	30	83.3	92
NO	1	1.6	6	16.7	7
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

Chi-cuadrada sin corregir: 7.93

Mantel-Haenszel: 7.85

Correccion de Yates: 5.80

Valor P= 0.01603469

Con relación a la pregunta ¿sintió mejoría?, de 63 pacientes que se apegaron al tratamiento, el 98.4% refirieron sentir mejoría, lo que permitió apegarse al tratamiento. Con relación a los que abandonaron el tratamiento de 36 pacientes, el 83.3% lo abandonaron por sentir mejoría.

El valor de P encontrado en la corrección de Yates es significativa P= 0.01603469

## TABLA No. 21

**¿ TUVO SÍNTOMAS SECUNDARIOS  
AL TOMAR EL TRATAMIENTO ?**

<b>SE SINTIÓ MAL</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRABAJO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>NO</b>	52	82.5	22	61.1	74
<b>SI</b>	11	17.5	14	38.9	25
<b>TOTAL</b>	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

**Chi-cuadrada sin corregir: 5.57**

**Mantel-Haenszel: 5.52**

**Correccion de Yates: 4.50**

**Valor P= 0.03398193**

**Solo el 17.5% de los pacientes que se apegaron al tratamiento manifestaron sentirse mal, mientras que el 38.89% de los que abandonaron refirieron sentirse mal. Con relación a esta variable se concluye que el valor encontrado en P= 0.03398193 no es significativo.**

**TABLA No. 22**

**TIEMPO DEL TRATAMIENTO**

<b>TIEMPO</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>		<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>		<b>NO</b>		
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	
<b>NO</b>	<b>39</b>	<b>61.9</b>	<b>7</b>	<b>19.5</b>	<b>46</b>
<b>SI</b>	<b>24</b>	<b>38.1</b>	<b>29</b>	<b>80.5</b>	<b>53</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>99</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Chi-cuadrada sin corregir: 16.60**

**Mantel-Haenszel: 16.44**

**Correccion de Yates: 14.94**

**Valor P= 0.00011093**

**En relación al tiempo de tratamiento, el 38.1% se apegaron al tratamiento aún de que refirieron mucho tiempo. Sin embargo el 80.5% de 36 pacientes abandonaron su tratamiento por el tiempo que consideraron era demasiado. Por lo que el valor de P= 0.00011093 es altamente significativo con relación a esta variable.**

**TABLA No. 23**

**TOMA DEL TRATAMIENTO**

NO ERA NECESARIO	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
SI	59	93.7	18	50	77
NO	4	6.3	18	50	22
TOTAL	63	100	36	100	99

FUENTE: CUESTIONARIO

Chi-cuadrada sin corregir: 25.26

Mantel-Haenszel: 25.00

Correccion de Yates: 22.79

Valor P= 0.00000180

En relación a que si toma tratamiento desde entonces, podemos referir que el 93.7% de los pacientes mostraron apego al tratamiento de los 63, mientras que los que abandonaron, 36 sujetos de estudio solo el 50% tomaba tratamiento desde entonces, y el valor de P= 0.00000180 es altamente significativo con relación a lo encontrado en estos grupos.

**TABLA No. 24**

**LA ACTIVIDAD LABORAL LE IMPIDE CUMPLIR CON SU TRATAMIENTO**

IMPIDE	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
NO	61	98.4	34	94.4	95
SI	1	1.6	2	5.6	3
TOTAL	62 *	100	36	100	98

FUENTE: CUESTIONARIO

\* UN VALOR PERDIDO

Chi-cuadrada sin corregir: 1.19

Mantel-Haenszel: 1.18

Correccion de Yates: .23

Valor P= 0.62833623

El 98.4% de los pacientes que se apegaron al tratamiento, refirieron que no les impide la actividad laboral que realizan con relación al tratamientode la Tuberculosis. Dato que muestra similitud entre los que abandonaron 94.4%.

No existe significancia en el valor de P obtenido para esta variable.

**TABLA No. 25**

**¿ A QUE SE DEDICA ?**

OCUPACION	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
Hogar	17	29%	4	11%	21
Empleado y otro	27	45%	22	63%	49
Ambulante	4	7%	1	3%	5
Chofer	3	5%	2	6%	5
Estudiante	4	7%	0	0%	4
No especifica	0	0%	1	3%	1
Ninguna	4	7%	5	14%	9
<b>Total</b>	<b>59 *</b>	<b>100%</b>	<b>35 *</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>

FUENTE: CUESTIONARIO

\* VALORES PERDIDOS

Con relación a la ocupación la diversidad de empleo como: empleado, ayudante, electricista y otros, comprendieron al 45% entre el grupo que mostraron apego al tratamiento, seguido por Hogar con un 29%.

En los pacientes que abandonaron, el 63% correspondió a la categoría empleado y otros seguido por ningún empleo con el 14%.



**TABLA No. 26**

**¿ SABEN EN SU TRABAJO SOBRE SU ENFERMEDAD ?**

SABEN	APEGO AL TRATAMIENTO		ABANDONO DEL TRATAMIENTO		TOTAL
	SI		NO		
	FREC.	%	FREC.	%	
NO	40	96.2	21	75.0	61
SI	2	4.8	7	25.0	9
TOTAL	42	100	28	100	70

FUENTE: CUESTIONARIO

Aún de que existen valores perdidos, el valor de  $P=0.03453596$ , siendo significativo para esta variable.

Chi-cuadrada sin corregir: 6.14

Mantel-Haenszel: 6.05

Correccion de Yates: 4.47

Valor  $P= 0.03453596$

Por lo que se concluye que el 95.2% de los 42 pacientes que contestaron a esta pregunta, refieren no saber en su trabajo sobre su enfermedad y para el grupo que abandonaron, se encontró que el 75% de los 28 que contestaron, dijeron que en su trabajo no saben de su enfermedad.

### **APOYO DEL JEFE**

Con relación a esta variable, de 5 que respondieron, 2 refirieron no recibir apoyo de aquellos que se apegaron a su tratamiento. Y de los que abandonaron, de 10 que contestaron, 2 refieren que no fueron apoyados.

### **RIESGO EN EL TRABAJO**

8 refirieron ser de no riesgo en grupo de los que se apegaron al tratamiento de un total de 8 que contestaron. Y 9 de 10 pacientes, refirieron ser de no riesgo de los que abandonaron el tratamiento.

### **AFECTÁ LA ECONOMÍA**

De 19 que contestaron en el grupo apego al tratamiento, 14 no les afecta en su economía y de los 11 pacientes que contestaron en el grupo abandono de tratamiento, 8 de ellos informaron no afectar su economía con a la enfermedad.

### **FALTA DE DINERO PARA EL TRATAMIENTO**

Aún de que solo se obtuvo datos de 33 pacientes de aquellos que se apegaron al tratameinto, el 94% refirieron no falta de dinero para el tratamiento y de 22 del grupo de abandono al tratamiento, el 64% refirió lo mismo.

**TABLA No. 27**

**PERSONAL DE SALUD QUE MOSTRÓ MAYOR INTERÉS EN SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO**

<b>PERSONAL</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>	<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>
	<b>FREC.</b>	<b>FREC</b>
<b>Médico</b>	<b>24</b>	<b>16</b>
<b>Epidemiólogo</b>	<b>35</b>	<b>25</b>
<b>Neumólogo</b>	<b>17</b>	<b>6</b>
<b>Enfermería</b>	<b>42</b>	<b>15</b>
<b>Promotor/T. Social</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

**FUENTE: CUESTIONARIO**

**Esta tabla solo muestra frecuencias de respuestas con relación sobre quien muestra mayor interés en su problema.**

**La frecuencia indica que en el grupo de apego al tratamiento, el personal de enfermería es el que mostró mayor interés, seguido del Epidemiólogo, Médico General o Familiar, Neumólogo y el Trabajador Social o Promotor, en el grupo de abandono la enfermera resultó la que mostró mayor interés, después el Médico**

**TABLA No. 28**

**¿CON QUIÉN DEL PERSONAL DE SALUD SINTIÓ MÁS CONFIANZA?**

PERSONAL	APEGO AL TRATAMIENTO	ABANDONO DEL TRATAMIENTO
	FREC.	FREC.
Médico	14	14
Epidemiólogo	31	17
Neumólogo	8	5
Enfermería	45	23
Trabajador Social o Promotor	7	5

FUENTE: CUESTIONARIO

Esta tabla solo muestra frecuencias de respuestas de los pacientes con relación con quien sintió más confianza del personal de salud.

En ambos grupos, tanto de apego como el de abandono la enfermera y el epidemiólogo son los personajes del equipo de salud en quienes se deposita más confianza por parte de los pacientes.

**TABLA No. 29**

**CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO**

<b>CURSOS</b>	<b>APEGO AL TRATAMIENTO</b>	<b>ABANDONO DEL TRATAMIENTO</b>
Tiempo de Tx		6
Molestias / sentirse mal	1	4
Se sentía bien	1	13
No le gusta / se le olvida		5
Por las drogas		2
Por el trabajo		1
No sabe/ no le explican		2
Otros cursos	3	3
Total	5	36

FUENTE: CUESTIONARIO

La tabla solo muestra frecuencias de respuestas entre los grupos de apego y abandono según causa.

Las causas más comunes del grupo de abandono del tratamiento, son que ya se sentían mejor, aún sin haber terminado su tratamiento, el tiempo prolongado de tratamiento y en menor grado, porque no le gusta, se le olvidó.

## TABLA No. 30

### CAUSAS DE NO ABANDONO

NO ABANDONO	GRUPO APEGO AL TRATAMIENTO
Deseo de curarse, aliviarse, estar sano	53

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

**Esta tabla solo muestra las causas y la frecuencia de no abandono del tratamiento**

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN

#### SIGNIFICANCIA DEL INDICADOR

INFORMACION DE LA ENFERMEDAD AL PACIENTE	
Item	SIGNIFICANCIA
¿ Qué es la Tuberculosis ?	Signficativa
¿ Cómo se transmite ?	No Signficativa
¿ Sabe que es curable ?	Signficativa

FUENTE: CUESTIONARIO / ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

Con relación a la hipótesis " Nivel de información del paciente que se apega al tratamiento de Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonaron". Se encuentra que solo los Items ¿Qué es la Tuberculosis? Y ¿Sabe que es curable? obtuvieron un valor de P significativo.

### SIGNIFICANCIA DEL INDICADOR

<b>APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES</b>	
<b>Item</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
<b>Lo rechaza la familia</b>	<b>Significativa</b>
<b>Apoyo de la Familia</b>	<b>No Signficativa</b>
<b>Fueron Indiferentes</b>	<b>No Signficativa</b>
<b>Lo abandonó la familia</b>	<b>No Signficativa</b>
<b>Miembro que mostró más interés</b>	<b>Significativa</b>
<b>Apoyo económico</b>	<b>Significativa</b>
<b>Apoyo para no abandonar el tratamiento</b>	<b>Significativa</b>

FUENTE: CUESTIONARIO / ANALISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

La hipótesis planteada, Apoyo familiar y su relación con el apoyo y abandono de tratamiento. Se concluye que esta hipótesis obtuvo valores de P significativos con relación a: Lo rechaza la familia, miembro que mostró más interés, Apoyo económico y Apoyo por parte de la familia para no abandonar el tratamiento.



### SIGNIFICANCIA DEL INDICADOR

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES	
Sabe leer y escribir	No Signficativa
Otros grados	No Signficativa

FUENTE: CUESTIONARIO / ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

Con relación a los años escolarizados la hipótesis planteada sobre si ésta influye en los pacientes que se apegan al tratamiento de Tuberculosis y en aquellos que lo abandonaron. Se concluye que no mostró significancia en este estudio.

En el valor de P para la pregunta "Sabe leer y escribir", se obtuvo un valor de P no significativo (P:0.92467688 y una Chi-cuadrada sin corregir de 0.01), y para otros grados de escolaridad no mostró significancia (P: 0.57835461 siendo un valor de Chi-cuadrada sin corregir: 22.02, con 24 Grados de Libertad).

### SIGNIFICANCIA DEL INDICADOR

<b>RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR</b>	
<b>Item</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
<b>El médico le explicó</b>	<b>Significativa</b>
<b>La explicación fue clara</b>	<b>Altamente Significativa</b>
<b>Le dijo que su enfermedad es curable</b>	<b>No Significativa</b>
<b>Le explicó cuanto dura el tratamiento</b>	<b>Altamente Significativa</b>
<b>Le explicó del apego al tratamiento</b>	<b>Altamente Significativa</b>
<b>Le explicó que si lo abandona es más difícil su curación</b>	<b>Altamente Significativa</b>

FUENTE: CUESTIONARIO / ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL

La hipótesis planteada sobre si la relación Médico-Paciente influye en el apego al tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y de quienes lo abandonan. Se concluye que esta categorización de Items mostró valores de P altamente significativos para: Si la explicación fue clara, cuanto dura el Tratamiento, si le explicó del apego, así como que si lo abandonara sería más difícil su curación.

## **CONCLUSIONES DE LA DISCUSIÓN, ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL Y SU RELACIÓN CON ESTUDIOS RELACIONADOS**

**Martínez (1982) en su estudio refiere que la falta de información sobre la enfermedad, grupo familiar y equipo médico fueron las principales causas de abandono. Mientras que los resultados en este estudio no mostraron similitud ya que la información sobre si el paciente sabe que es curable fue significativa en esta categorización, así como en hipótesis planteada en las variables Apoyo Familiar y Relación Médico-Paciente mostraron mejor significancia en este estudio.**

**Manjarrez (1993) refiere en su estudio que el analfabetismo y el bajo grado de la escolaridad fueron las causas de abandono en los pacientes que murieron por complicaciones. Aún en que en este estudio no se tiene conocimiento sobre si hubo defunciones de los sujetos de estudio se puede concluir que no existe similitud en los resultados de este ya que no existió significancia en los valores de P.**

**Alonso y García (1986) refieren en su estudio sobre evolución de los pacientes bajo tratamiento encontró en sus 174 pacientes datos sobre bajo grado de escolaridad y deficiente información acerca de su enfermedad. Estos resultados tienen similitud con lo encontrado en este estudio ya de los 63 pacientes que se apegaron al tratamiento el 90% tienen información de que en la Tuberculosis "es una afección o daño del pulmón y contagiosa". Y en relación a la escolaridad el 89% mínimo con grados básicos (Primaria/Secundaria).**

**Este estudio mostró similitud con relación al Items sintió mejoría en los que abandonaron su tratamiento (83.3%) en lo encontrado por la Facultad de Salud Pública en 1987. Otro aspecto que mostró similitud fue la presencia de factores colaterales dado que el 82.5% que se apegaron al tratamiento refirieron sentirse mal al tomar el tratamiento y 61% en los que lo abandonaron.**

**Paz (1994) refiere de que de 39 pacientes estudiados un 46% desconocían la duración del tratamiento en los que abandonaron esto mostró mayor similitud para este estudio dado que el 80.5% refirieron que el tiempo del tratamiento fue una de las causas del abandono.**

**Considerando que la Tuberculosis Pulmonar es un problema de Salud Pública y que el tratamiento constituye una de las estrategias fundamentales para el control de esta enfermedad, los resultados de este estudio mostraron otras significancias no planteadas en las hipótesis, por lo que al preguntar, que si sentían mejoría al tomarlo, se encontró un valor de  $P= 0.01603469$ , con una corrección de Yates de 5.80.**

**Al preguntar si tuvo síntomas secundarios el 82.5% de los que se apegaron al tratamiento, refirieron que no, mientras que el 61.1% de los que abandonaron, no refirió síntomas secundarios ( $P= 0.03398193$ ).**

**Al referir sobre el tiempo de tratamiento, el 38.1% mencionó ser demasiado tiempo en el grupo que se apega al tratamiento, mientras que el 80.5% refieren también demasiado tiempo ( $P= 0.00011093$ ).**

**Al preguntar que si toma el tratamiento desde entonces, el 93.7% refirieron si tomarlo en el grupo de apego al tratamiento, mientras que solo el 50% de los que lo abandonaron lo tomaron ( $P= 0.00000180$ )**

Dado que la Tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública en la población, el presente estudio arrojó algunos resultados que pueden contribuir a disminuir problemas de este padecimiento, así como factores propios del paciente y del equipo médico.

La categorización de las variables, apoyo familiar y relación Médico-Paciente, resultaron con un valor significativo con relación al valor de P obtenido.

Otros resultados obtenidos fueron, el rechazo de la familia al paciente en el grupo de apego y de abandono al tratamiento de la Tuberculosis, posterior a la información del padecimiento, por parte del equipo de salud una vez ya diagnosticado. El miembro de la familia que más apoyó al paciente fue la esposa(o), así como también se observó el cambio por la preocupación de la familia para que el paciente no abandone el tratamiento, todo lo anterior con un valor significativo en relación con el valor P obtenido.

En la relación Médico-Paciente, en la explicación al paciente como a su familia, sobre la enfermedad, de que sepan que es curable, de la claridad de la explicación de la misma, así como de la duración del tratamiento y de la importancia del apego al mismo, responsabilizando no solo al paciente sino a la familia completa, así como los riesgos que se corren al abandonar el tratamiento lo que dificultaría su curación y aumentaría el riesgo de caer en la categoría de la drogorresistencia con la posibilidad de infectar a los demás miembros de su familia, todo esto con un valor altamente significativo con la relación de la P obtenida.

**Como se puede observar con los anteriores resultados, el apoyo familiar, y la relación Médico-Paciente es fundamental para la curación del paciente.**

**Pero es también necesario considerar aquellas variables que no mostraron significancia, como la escolaridad, que deberá ser tomado como un dato sociodemográfico para explorar que caracterizaron a estos dos grupos con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que se apegaron y abandonaron el tratamiento.**

### **6.3**

## **RECOMENDACIONES**

**Profundizar y/o explorar en otros factores sociales y de creencias de salud, a fin de enriquecer el instrumento.**

**Realizar estudios comparativos entre poblaciones con características similares y con igual número de sujetos.**

**Realizar estudios de factores de riesgo considerando el estrato socioeconómico, problemas sociales y de autoestima en función de los resultados de este estudio. Así como de los factores Sociodemográficos.**

**Se recomienda revisar el instrumento a fin de profundizar en su consistencia y claridad de las preguntas.**

**Los resultados de este estudio pueden ser utilizados en otro grupo de poblaciones a fin de explorar el comportamiento y asociación de factores en el Apego y Abandono del Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar.**

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar; S.S.A.; 1996.
2. García-García ML, Tuberculosis y Sida en México. Salud Pública, México, 1995: 37: 539-548.
3. Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud: Servicios de Salud de Nuevo León: 1997.
4. *Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades*. EPI-1-85 y EPI-1-95. 1990-1996. Subsecretaría Estatal de Salud, N.L.
5. Martínez M. Evelyn. Principales Causas de abandono del Tratamiento contra la Tuberculosis Pulmonar. Gaceta Médica de México, Vol. 129, No. 1, Enero-Febrero 1993.
6. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sector Salud. 1997.



7. El Laboratorio en el Diagnóstico de la Tuberculosis. Facultad de Medicina, Departamento de Patología Clínica. UANL. 1997.
8. Principios de Medicina Interna. Tuberculosis. 13ª. Edición. Harrison, Volumen 1. McGraw-Hill. Editorial Interamericana.
9. Perú, Programa de Control de la Tuberculosis. OPS. OMS. Ministerio de Salud. 1996.
10. Comité Nacional de lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio de la Tuberculosis y su Tratamiento.  
comtuber@intercorp.net.mx
11. Comité Nacional de lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio. 10 puntos importantes sobre la Tuberculosis.  
comtuber@intercorp.net.mx
12. Bloom Br. Murria y Col. Tuberculosis: Commentary on a Reemergent Killer. Science 257: 1055-1064.1992.

13. Nancy E. Dunlop, MD, PHD y David E. Briles, PHD. Inmunología de la Tuberculosis. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. No. 6. Editorial Interamericana, 1995.
  
14. Capol D. Pozsik, RN, MPH. Observancia del Tratamiento Antifímico. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, Editorial Interamericana. 1993
  
15. VIH Y SIDA Tuberculosis Aproximación al Tratamiento.  
[HTTP://www.ctv.es/user/f\\_pardo/tbctto.htm](http://www.ctv.es/user/f_pardo/tbctto.htm)
  
16. Laura M. Brausch, MD y John B. Bass, MD. Tratamiento para la Tuberculosis. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, Editorial Interamericana. 1993
  
17. American Thoracic Society: Control of Tuberculosis in the United States  
DM. Rev Respir Dis 146: 1624-1992.
  
18. Directly-Observed Therapy for Tb Cited. Medical Observer Magazine, Vol. 4, No. 8, Agosto, 1995.

19. Nancy E. Dunlop, MD y David E. Brites. PLD. Inmunología de la Tuberculosis. Clínicas Médicas de Norteamérica, Interamericana. Vol. 6. 1993.
20. Charles D. Peloquin, Pharmd. Farmacología de los Antifímicos. Tuberculosis Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, 1993 Interamericana.
21. Zinder de Graczyk E. Rogowshy J. Supervised six Months Tratment of Newly Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Using Isonazid, Rifampin y Pirazinamida with and Without Streptomicyn. Am rev. Respir Dis 130: 1091, 1984.
22. Tuberculosis .Manual de Infectología Clínica, Jesús Kumate, Gonzalo Gutiérrez, Onofre Muñoz, 14ª. Edición Méndez Editores. 1994
23. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Tuberculosis. Secretaría de Salud, 1995. NOM- 006-SSA2-1993.
24. Chaulet P.: Tretment of tuberculosis: Caso Holoaing Until Cure Who/TB 84.141. Genera World Health Organization. 1983.

25. Centers for Disease Control: National Action Plan to Combat Multi-Drug Resistant Tuberculosis. Division of Tuberculosis Elimination, CDC 19, 1992, D19.
26. Joseph H. Bates, MD y William W. Stead, MD. Historia de la tuberculosis como epidemia global. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, 1993, Interamericana.
27. Bess Miller, MD,MSc., Tratamiento Profiláctico de la Tuberculosis, Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, 1993, Interamericana.
28. sue C. Etkind, RN, MS. Función del departamento de salud pública en la tuberculosis. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 6, 1993, Interamericana.
29. G. Lynn Marks, MD. Genética de la Tuberculosis, Clínicas Médicas de la Tuberculosis, Vol. 6, 1993, Interamericana.
30. Bustamante- Montes, M.C.,M.S.P., M. EN C. Características sociodemográficas de personas que murieron por tuberculosis pulmonar en Veracruz, MÉXICO, Salud Pública Méx. 1996;38:323-331.

31. Joseph H.kent, MD. Epidemiología de la tuberculosis resistente a diversos fármacos, en Estados Unidos. Clínicas médicas de Norteamérica. Vol. 6, 1993. Interamericana.
  
32. Infectious diseases, Tuberculosis. Methodist Health Care System H.,2001. Houston Texas, E.U.
  
33. Polit–Hungles, Capitulo 18, Estadística Inferencial, Investigación Científica de la Salud.
  
34. Epi-Morbi y EPI -1 – 05 del Estado de Nuevo León de 1990 a 1999.
  
35. SIMO – IMSS 2000.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y CONCEPTOS

1. **Abandono:** La inasistencia continuada del caso de Tuberculosis a la Unidad de Salud por 15 días después de la última cita.
2. **Caso de Tuberculosis:** El paciente en quien se establece el diagnóstico de la enfermedad clínicamente y se clasifica en confirmado y no confirmado por bacteriología o histopatología.
3. **Caso nuevo:** El enfermo en quien se establece y se notifica por primera vez el diagnóstico de tuberculosis.
4. **Contacto:** La persona que convive con un caso de tuberculosis.
5. **Curación:** El caso de Tuberculosis que ha terminado el tratamiento primario, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopía negativa en dos muestras mensuales tomadas en ocasiones sucesivas, así como en el caso en el que al término de su tratamiento regular, desaparecieron los signos clínicos y no expectora.
6. **Defunción por Tuberculosis:** La Tuberculosis inicia la serie de acontecimientos que llevan a la muerte.

7. **Fracaso:** La persistencia a partir del sexto mes de tratamiento regular, de bacilos en la expectoración o en otros especímenes de dos muestras mensuales sucesivas, confirmadas por cultivo.
8. **Quimioprofilaxis primaria:** La administración de Isoniacida con objeto de prevenir la complicación de la primoinfección tuberculosa.
9. **Tratamiento Autoadministrado:** El que se aplica el paciente por sí mismo o vigilado por otra persona, utilizando los medicamentos que entrega la Unidad de Salud.
10. **Tratamiento Primario:** El que se instituye por primera vez a n caso de Tuberculosis.
11. **Tratamiento Supervisado:** Es el que se aplica en los establecimientos de salud proporcionado y vigilado por el personal que presta el servicio, garantizando la toma total de dosis del medicamento al enfermo tuberculoso.
12. **Vacunado con BCG:** La persona a quien se le ha aplicado BCG y presenta una cicatriz atribuible a la vacuna en el sitio de la inoculación.



## ANEXO 2

### CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON ABANDONO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

1. ¿Por qué dejó de tomar el tratamiento antifímico?  

---
2. ¿Sintió mejoría y consideró que ya no era necesario tomarlo? SI ( ) NO ( )
3. ¿Tuvo síntomas secundarios al tomar el tratamiento? SI ( ) NO ( )
4. ¿Pensó que era demasiado el tiempo del tratamiento? SI ( ) NO ( )
5. ¿El personal de salud le informó que la baciloscopía de control fue negativa, por lo que consideró que ya no era necesario continuar con el tratamiento? SI ( ) NO ( )
6. ¿Cuándo fue la última cita?  

---
7. ¿Está tomando el tratamiento desde entonces? SI ( ) NO ( )
8. Para usted, ¿Qué es la Tuberculosis Pulmonar?  

---
9. ¿Sabe usted, cómo se transmite la enfermedad? SI ( ) NO ( )
10. ¿Sabe usted, que la enfermedad es curable? SI ( ) NO ( )
11. ¿Sabe usted, cuánto dura el tratamiento? SI ( ) NO ( )
13. ¿Cuándo le comunicó a su familia de su enfermedad fue rechazado? SI ( ) NO ( )
14. ¿Cuando se enteraron de su enfermedad, lo apoyaron? SI ( ) NO ( )
16. ¿Quién de su familia mostró mayor interés en su

curación?

---

17. ¿Alguno de su familia lo abandonó por su enfermedad? SI ( ) NO ( )

18. ¿Quién lo acompaña con mayor frecuencia a la Unidad para su consulta y toma de medicamentos?

---

19. ¿Su familia lo apoya económicamente? SI ( ) NO ( )

20. ¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento? SI ( ) NO ( )

21. ¿Sabe leer y escribir? SI ( ) NO ( )

22. ¿Hasta qué año estudió?

---

23. ¿A que se dedica usted?

---

24. ¿Su actividad principal le impide cumplir con el tratamiento? SI ( ) NO ( )

25. ¿En su trabajo saben que usted padece de Tuberculosis? SI ( ) NO ( )

NOTA: SI LA RESPUESTA ES SI, SEGUIR, SI ES NO, SUSPENDER LAS PREGUNTAS 26, 27, 28 Y 29

26. ¿Su jefe inmediato le da facilidades para que asista a su tratamiento? SI ( ) NO ( )

27. ¿Su enfermedad ha puesto en riesgo su permanencia en su actividad laboral? SI ( ) NO ( )

28. ¿Ha afectado su enfermedad su percepción económica? SI ( ) NO ( )

30. ¿Su médico le explicó de su padecimiento? SI ( ) NO ( )
31. ¿La explicación fue clara? SI ( ) NO ( )
32. ¿Su médico le dijo que su enfermedad es curable? SI ( ) NO ( )
33. ¿Su médico le explicó cuánto dura el tratamiento? SI ( ) NO ( )
34. ¿El médico le explicó del apego al tratamiento? SI ( ) NO ( )
35. ¿El médico le explicó que al abandonar el tratamiento, su curación sería más difícil? SI ( ) NO ( )
36. ¿El médico informó, de su enfermedad a su familia? SI ( ) NO ( )
37. ¿El médico estudió a su familia, para detectar a otros enfermos? SI ( ) NO ( )
38. ¿Quién del personal de salud, mostró mayor interés en su enfermedad y tratamiento?  
 a) Médico      b) Epidemiólogo      c) Neumólogo      d) Enfermera  
 e) Trabajadora Social o Promotora de Salud
39. ¿Con cuál personal de salud sintió mayor confianza?  
 a) Médico      b) Epidemiólogo      c) Neumólogo      d) Enfermera  
 e) Trabajadora Social o Promotora de Salud

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON APEGO AL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

1. ¿Por qué siguió tomando el tratamiento antifímico?  

---

---
2. ¿Sintió mejoría y consideró que ya no era necesario tomarlo? SI ( ) NO ( )
3. ¿Tuvo síntomas secundarios al tomar el tratamiento? SI ( ) NO ( )
4. ¿Pensó que era demasiado el tiempo del tratamiento? SI ( ) NO ( )
5. ¿El personal de salud le informó que la baciloscopia de control fue negativa, por lo que consideró que ya no era necesario continuar con el tratamiento? SI ( ) NO ( )
6. ¿Cuándo fue la última cita?  

---
7. ¿Está tomando el tratamiento desde entonces? SI ( ) NO ( )
8. Para usted, ¿Qué es la Tuberculosis Pulmonar?  

---

---
9. ¿Sabe usted, cómo se transmite la enfermedad? SI ( ) NO ( )
10. ¿Sabe usted, que la enfermedad es curable? SI ( ) NO ( )
11. ¿Sabe usted, cuánto dura el tratamiento? SI ( ) NO ( )
13. ¿Cuándo le comunicó a su familia de su enfermedad fue rechazado? SI ( ) NO ( )
14. ¿Cuando se enteraron de su enfermedad, lo apoyaron? SI ( ) NO ( )

15. ¿A su familia le fue indiferente su problema de salud? SI ( ) NO ( )

16. ¿Quién de su familia mostró mayor interés en su curación?

---

17. ¿Alguno de su familia lo abandonó por su enfermedad? SI ( ) NO ( )

18. ¿Quién lo acompaña con mayor frecuencia a la Unidad para su consulta y toma de medicamentos?

---

19. ¿Su familia lo apoya económicamente? SI ( ) NO ( )

20. ¿Su familia lo anima para que no abandone el tratamiento? SI ( ) NO ( )

21. ¿Sabe leer y escribir? SI ( ) NO ( )

22. ¿Hasta qué año estudió?

---

23. ¿A que se dedica usted?

---

24. ¿Su actividad principal le impide cumplir con el tratamiento? SI ( ) NO ( )

25. ¿En su trabajo saben que usted padece de Tuberculosis? SI ( ) NO ( )

NOTA: SI LA RESPUESTA ES SI, SEGUIR, SI ES NO, SUSPENDER LAS PREGUNTAS 26, 27, 28 Y 29

26. ¿Su jefe inmediato le da facilidades para que asista a su tratamiento? SI ( ) NO ( )

27. ¿Su enfermedad ha puesto en riesgo su permanencia en su actividad laboral? SI ( ) NO ( )

28. ¿Ha afectado su enfermedad su percepción económica? SI ( ) NO ( )
29. ¿La falta de dinero ha sido impedimento para la continuidad de su tratamiento? SI ( ) NO ( )
30. ¿Su médico le explicó de su padecimiento? SI ( ) NO ( )
31. ¿La explicación fue clara? SI ( ) NO ( )
32. ¿Su médico le dijo que su enfermedad es curable? SI ( ) NO ( )
33. ¿Su médico le explicó cuánto dura el tratamiento? SI ( ) NO ( )
34. ¿El médico le explicó del apego al tratamiento? SI ( ) NO ( )
35. ¿El médico le explicó que al abandonar el tratamiento, su curación sería más difícil? SI ( ) NO ( )
36. ¿El médico informó, de su enfermedad a su familia? SI ( ) NO ( )
37. ¿El médico estudió a su familia, para detectar a otros enfermos? SI ( ) NO ( )
38. ¿Quién del personal de salud, mostró mayor interés en su enfermedad y tratamiento?  
 a) Médico      b) Epidemiólogo      c) Neumólogo      d) Enfermera  
 e) Trabajadora Social o Promotora de Salud
39. ¿Con cuál personal de salud sintió mayor confianza?  
 a) Médico      b) Epidemiólogo      c) Neumólogo      d) Enfermera  
 e) Trabajadora Social o Promotora de Salud

**ANEXO 4**  
**CALENDARIZACIÓN**

**2001**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FEB.</b>	<b>MARZO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAYO</b>	<b>JUNIO</b>	<b>JULIO</b>
<b>Elaboración del protocolo</b>	<b>1-28</b>	<b>1-28</b>				
<b>Revisión por asesor</b>		<b>28</b>				
<b>Registro ante el Comité Académico</b>			<b>27</b>			
<b>Capacitar al encuestador</b>			<b>2-6</b>			
<b>Prueba piloto</b>			<b>9-20</b>			
<b>Colección de información</b>				<b>7-18</b>		
<b>Captura de datos</b>				<b>21-25</b>		
<b>Análisis de datos</b>				<b>26-31</b>		
<b>Interpretación de datos</b>					<b>1-18</b>	

