

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE
NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS**

Por

LIC. FRANCISCO CADENA SANTOS

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN ENFERMERIA,

Con especialidad en Salud Comunitaria

AGOSTO, 1999

TM

RC315

.M6

C3

C.1

APRIBGO AL TRATA AMANTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE
NUEVO LARDO, TAMAULIPAS

F.C.S.



1080089075

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACIONES



ADREGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE
NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS

Por

LIC. FRANCISCO CADENA SANTOS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA

Con especialidad en Salud Comunitaria

AGOSTO, 1999

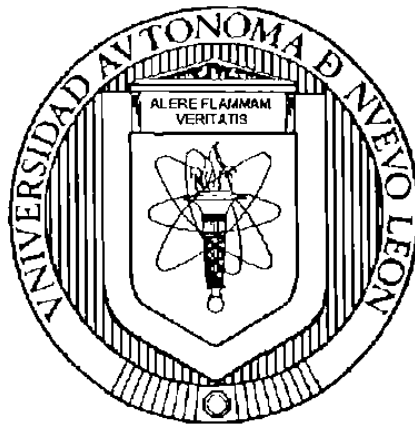
TM
RC315
.M6
C3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LA CIUDAD DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS**

Por

LIC. FRANCISCO CADENA SANTOS

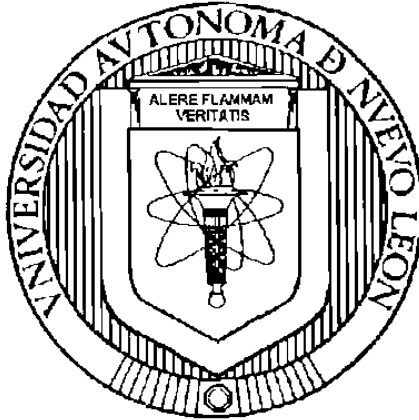
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Con especialidad en Salud Comunitaria**

AGOSTO, 1999

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LA CIUDAD DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS**

Por

LIC. FRANCISCO CADENA SANTOS

Director de Tesis

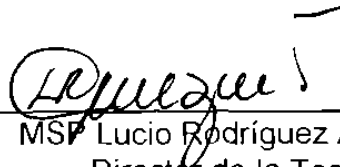
M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Con especialidad en Salud Comunitaria**

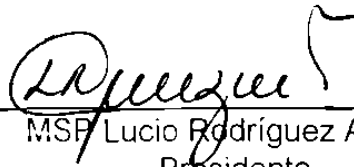
A G O S T O, 1999

APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LA CIUDAD DE NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS

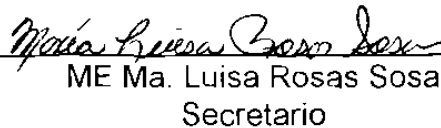
Aprobación de Tesis:



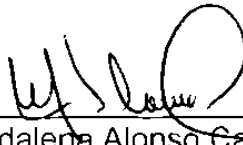
MSP Lucio Rodríguez Aguilar
Director de la Tesis



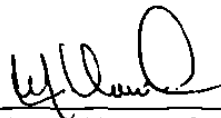
MSP Lucio Rodríguez Aguilar
Presidente



ME Ma. Luisa Rosas Sosa
Secretario



MSP Magdalena Alonso Castillo
Vocal



MSP Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en especial a la Lic. Ma. Guadalupe Martínez de Dávila por el apoyo brindado en el desarrollo personal y profesional.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P. mi más sincero agradecimiento por haberme motivado a continuar y llegar a una meta para concluir con un examen final.

Al Lic. Lucio Rodríguez Aguilar M.S.P. por su paciencia y su confianza así como su acertada asesoría.

A la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en especial para mi amiga y compañera la Lic. Rosalinda Medina Briones M.E.S. por el apoyo y las facilidades que se me brindaron para concluir mis estudios.

A la clínica del ISSSTE de Nuevo Laredo Tamaulipas en especial al Dr. Lorenzo Rangel García director y a la Lic. Gloria Villanueva Iracheta M.E.D. por todas las oportunidades y facilidades otorgadas.

Al Programa Binacional "Los Dos Laredos" por facilitarme la información de mi trabajo, a Gloria Peña, Alfonso, al Dr. Solalinde, la enfermera Lupita Tejeda y Karla.

A mis maestros por su ejemplo de ver la disciplina y nuevas estrategias para fomentar su valor.

A mis compañeros maestros de mi Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo por motivarme a concluir mis estudios.

A la Lic. Dolores Corona por su colaboración y ayuda en la tabulación estadística y computación.

A la Dra. Gilda Flores Peña por su apoyo y reconocer mi esfuerzo.

A mis compañeros de carrera anterior, Francis, Alicia, Margarita y Andrea; así mismo como a los nuevos compañeros que me brindaron su amistad incondicional durante mi tiempo de reingreso en especial a María Ines, Nora Nelly, Jorge y Margarita.

Al personal que labora en el departamento de posgrado , a la Lic. Anita Castillo por brindarme su amistad y sinceridad y apoyo para continuar, a la señorita Silvia, Claudia, Nidia y Roxana.

A las personas que contribuyeron a la realización de este trabajo tan valioso Yadira, Yuly, Martha y Lulú.

A mis alumnos de los primeros semestres de enfermería básica y licenciatura por su comprensión y tolerancia en los momentos que estuvieron solos y esperar mi regreso.

A mis amigos que siempre me apoyaron y colaboraron en mucho para que yo continuara Auar, Moy, Esiquio, Angel y Jaky.

DEDICATORIA

A mis padres:

Emilio por el tiempo que no le he dedicado en el transcurso de su enfermedad y porque siempre quiso que continuara estudiando.

Irene por esa confianza y por impulsarme a no dejar que yo decayera en los momentos difíciles y porque siempre tuvo las palabras adecuadas para fortalecer y por ser una gran mujer.

A mis hermanos por que siempre estuvieron conmigo en todo momento y dispuestos a apoyarme para llegar a mi meta.

A mis sobrinos que de alguna forma tuvieron que permanecer al cuidado de mis padres.

A todos ellos gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

Francisco Cadena Santos

Fecha de Graduación: Agosto 1999

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA CIUDAD DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS.

Número de páginas: 91

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria

Area de estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método del estudio: El propósito fue determinar la relación y el efecto que existe entre los factores personales y el apoyo social con el apego al tratamiento y responsabilidad en salud en los pacientes con tuberculosis pulmonar que terminaron el tratamiento en el Programa Binacional de Eliminación de la Tuberculosis Pulmonar en el área fronteriza de Nuevo Laredo, Tamaulipas bajo el Modelo de Promoción de la Salud. El diseño fue descriptivo, correlacional y explicativo, el tipo de muestreo; no probabilístico en la serie del tiempo, la muestra estuvo conformada por 80 sujetos.

Para la obtención de los datos se aplicaron cuatro instrumentos: dos estandarizados y dos elaborados por el autor. La consistencia interna de estos se consideró aceptable.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados obtenidos a través del coeficiente de correlación de Spearman mostraron relación positiva significativa de la escolaridad con el apoyo social y el estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico con apego al tratamiento ($p > .05$). El modelo de Regresión lineal mostró efecto significativo de la percepción del estado de salud como factor personal psicológico sobre el apego al tratamiento. ($p = .05$). Los factores personales socioculturales, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación y escolaridad mostraron efecto significativo sobre el apego al tratamiento ($p = .03$), de la misma forma se observó efecto significativo sobre la responsabilidad en salud ($p = .03$) y el apoyo social, emocional y tangible mostraron efecto significativo sobre el apego al tratamiento ($p = .02$). Lo anterior contribuye a explicar algunas relaciones y efectos postulados en el Modelo de Promoción de la Salud (Pender 1996).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:

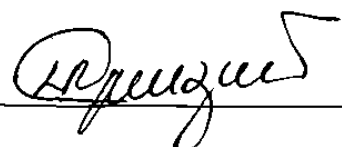


TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO	PAGINAS
1. INTRODUCCION	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Hipótesis	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Importancia del estudio	8
1.5. Limitaciones de estudio	9
1.6. Definición de términos	9
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	12
2.1. Modelo de Promoción de la Salud	12
2.2. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Pulmonar	15
2.3. Proyecto Binacional de Eliminación de la Tuberculosis en la Frontera de México y Texas "Los Dos Laredos"	18
2.4. Ubicación del Problema al Modelo de Promoción de la Salud	19
2.5. Apoyo social	22
2.6. Estudios relacionados	24
2.6.1. Estudios de Tuberculosis Pulmonar realizados mediante otros modelos.	24
2.6.2. Estudios en relación a los conceptos utilizados en la investigación (Factores Personales, Apoyo Social, Estilos de Vida).	27
3. METODOLOGIA	32
3.1. Diseño de estudio	32
3.2. Población	32
3.3. Plan de muestreo y muestra	32
3.3.1. Criterios de inclusión	33
3.4. Material	33
3.5. Procedimiento	36
3.6. Etica del estudio	37

4. RESULTADOS	39
4.1. Consistencia Interna	39
4.2. Estadísticas Descriptivas	40
4.3. Análisis de Correlación	45
4.4. Prueba de Hipótesis	48
5. DISCUSION	60
5.1. Discusión	60
5.2. Conclusiones	67
5.3. Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
APENDICES	74
Apéndice A Cédula de datos personales para pacientes tratados con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (CDPTBP).	75
Apéndice B Cuestionario de percepción del estado de salud (CPES).	76
Apéndice C Cuestionario de apoyo social (NSSQ).	81
Apéndice D Cuestionario sobre apego al tratamiento y responsabilidad de la salud (ATPB y RS).	87
Apéndice E Esquema de Operacionalización de Variables de Estudio	90

LISTA DE TABLAS

TABLA	PAGINA
1. Consistencia Interna de los Instrumentos (CPES, NSSQ, ATBP, RS).....	39
2. Factores Personales de la Población con Tuberculosis Pulmonar.....	40
3. Factores Sociodemográficos.....	41
4. Ingreso Económico Semanal de la Población con Tuberculosis Pulmonar.....	42
5. Apego al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar.....	43
6. Responsabilidad en Salud del Paciente con Tuberculosis Pulmonar...	44
7. Coeficiente de Correlación de Spearman entre Factores Personales Personales Biológicos y el Apoyo Social.....	45
8. Coeficiente de Correlación de Spearman entre Factores Personales Biológicos y Apego al Tratamiento.....	46
9. Coeficiente de Correlación de Spearman entre los Factores Socioculturales y Apego al Tratamiento.....	47
10. Coeficiente de Correlación de Spearman de Factores Socioculturales y el Apoyo Social.....	48
11. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Personales Biológicos con el Apego al Tratamiento.....	49
12. Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre Factores Personales Biológicos y con Responsabilidad en Salud.....	50
13. Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre Factores Personales Psicológicos sobre el Apego al Tratamiento.....	51
14. Percepción del Estado de Salud.....	52
15. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Psicológicos sobre Responsabilidad en Salud.....	53

16. Modelo de Regresión Lineal de Factores Socioculturales sobre el Apego al Tratamiento.....	54
17. Factores Socioculturales del Paciente con Tuberculosis Pulmonar....	55
18. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Personales Socioculturales sobre la Responsabilidad en Salud.....	56
19. Modelo de Regresión Lineal Múltiple del Apoyo Social sobre el Apego al Tratamiento.....	57
20. Apoyo Social de la Población de Estudio.....	58
21. Modelo de Regesión Lineal Múltiple del Apoyo Social sobre la Responsabilidad en Salud.....	59

CAPITULO 1

INTRODUCCION

En México el sistema de salud se enfrenta a fuertes presiones, las cuales aumentarán en un futuro próximo. En primer lugar, el perfil de enfermedades se ha vuelto más complejo que nunca, y en segundo lugar, la población está creciendo más rápidamente en los grupos de edad avanzada que en los jóvenes. En efecto padece el traslape de dos retos: de un lado enfrentar los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los padecimientos mentales, las adicciones y lesiones, y por otro lado, terminar con el rezago epidemiológico representado por la presencia de enfermedades del subdesarrollo, tales como la desnutrición, muertes maternas, perinatales y las infecciosas, destacando la Tuberculosis Pulmonar. (Frenk J, Lozano R., González - Block MA. et.al.,1994).

La Organización Mundial de la Salud (1998), declaró la tuberculosis como un problema de salud pública a nivel mundial. Según sus estimaciones, si no hay control de ella, ocasionará 30 millones de defunciones en la próxima década y su ocurrencia continuará en mayor proporción en los países en desarrollo.

En la mayoría de los países del mundo, una elevada proporción de los casos están representados por la población de 15 a 54 años, edades

económicamente activas en las cuales la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) está incrementando los niveles de afectación. La letalidad ha sido determinada por el rol que se ha tenido en el diagnóstico y el tratamiento tardío, la ineficiencia de los esquemas terapéuticos utilizados, la ausencia de supervisión en la administración de medicamentos y otros factores ligados al servicio y al propio enfermo. Esto ha influido también en el apego del paciente a controlar con éxito la Tuberculosis Pulmonar.

Las contribuciones del presente estudio para enfermería radica en la obtención del conocimiento sobre los factores que influyen en el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar a fin de que puedan servir de base para hacer aplicaciones futuras en la práctica profesional. Se conoce que el apoyo social es un componente fundamental que afecta la conducta promotora de salud. Por lo que el apego como conducta específica puede estar influida por este (Pender, 1996).

La Enfermería Comunitaria esta interesada en la promoción de las conductas saludables que favorezcan el bienestar de la persona sana o enferma así como de estimular conductas que lleven al apego del tratamiento en personas con problemas de salud crónicos. (Pender, 1996). Como es el caso de la tuberculosis pulmonar.

El presente estudio tiene como base el Modelo Promoción de la Salud (Pender,1996) que permite explicar el fenómeno del apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar como la conducta promotora esperada. El propósito del estudio fue conocer el efecto que tienen los factores personales y el apoyo social como predictores de la conducta específica de apego al tratamiento. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por personas mayores de 18 años con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que terminaron su tratamiento: los sujetos se seleccionaron en base al muestreo en la serie del tiempo.

1.1. Planteamiento del problema.

Se ha observado en la practica de salud comunitaria en las instituciones del sector salud que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que están bajo tratamiento no cumplen o no se apegan a lo estipulado por la norma oficial mexicana lo que provoca serios problemas en la morbi - mortalidad por este padecimiento que cada día parece incontrolable .

El Programa Binacional de lucha contra la Tuberculosis Pulmonar que opera en la Frontera Laredo Texas y Nuevo Laredo Tamaulipas denominado “Los dos Laredos” ha coordinado esfuerzos durante cinco años a fin de eliminar y controlar esta enfermedad que continua siendo un problema importante de salud pública a nivel local. El trabajo coordinado de este programa ha hecho posible que

los pacientes se apeguen y tengan éxito en su tratamiento lo que ha facilitado el control de la enfermedad en esta región fronteriza. Esto ha llamado la atención al investigador sobre el fenómeno de estudio que es el apego al tratamiento antituberculoso.

Un marco teórico que ayuda a la comprensión del fenómeno de estudio es el Modelo de Promoción de Salud (MPS) Pender (1996) que ha sido utilizado en la investigación dirigida a la predicción de conductas promotoras o específicas de salud. La autora explica en el Modelo de Promoción de Salud (MPS) que la conducta de los individuos puede ser nociva o promotora de salud y que esta conducta depende de la relación de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales o bien estos influyen en los factores interpersonales a través del apoyo social para determinar la conducta promotora o específica de salud, con esto explicar la conducta de apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

La conducta de apego al tratamiento en el paciente con Tuberculosis Pulmonar es un fenómeno que no ha sido estudiado. La literatura revisada solo reportan estudios sobre desapego o causas de abandono. En México se considera que para lograr el éxito e impacto epidemiológico deseado en el control de la Tuberculosis Pulmonar el porcentaje de curación debe ser superior al 85 por ciento y la vacunación con BCG superior al 90 por ciento .

Es importante considerar en los programas contra la tuberculosis los elementos humanos, como el enfermo, el personal de salud y la comunidad. Se requieren de abasto suficientes de medicamentos de acuerdo a las metas que se asignen; biológico suficiente para vacunación con BCG, material para la red de los laboratorios que procesan baciloscopias, entrenamiento apropiado del médico, enfermeras, personal técnico de laboratorio y en si de la voluntad de administradores y decisores en los servicios de salud. (Valdovinos, 1996).

Otro aspecto a considerar es que la persistencia de la tuberculosis puede atribuirse, a diversos factores no solo como problema infeccioso, sino también como un problema social que no ha sido abordado eficientemente. Otros elementos que agudizan el problema son la resistencia del personal profesional a adoptar técnicas uniformes a desarrollar el programa con personal auxiliar, y no asignar la prioridad correspondiente al diagnóstico bacteriológico y a la dificultad de organizar eficientemente la quimioterapia ambulatoria estándar supervisada. La continuidad de la quimioterapia constituye el aspecto más importante y difícil del tratamiento. En muchas ocasiones cuando el paciente empieza a sentirse bien, aumenta la probabilidad de que piense que los medicamentos ya no son necesarios. (Casas G., 1996).

Como se describió anteriormente el control adecuado de la tuberculosis implica no sólo el tratamiento de los enfermos sino la atención de una serie de necesidades de la familia, ya que en la gran mayoría existen condiciones

socioeconómicas, culturales y de apoyo que pueden influir en lograr el éxito o apego a los tratamientos (Foreing A., 1993). Existe también la necesidad de conocer en forma específica las razones por las cuales existe éxito o apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar en las instituciones del sector salud que operan en coordinación con el Programa Binacional México-Texas para eliminación de la tuberculosis en una ciudad fronteriza.

En función a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es el efecto que tienen los factores personales y apoyo social como predictores de la conducta específica de apego al tratamiento y responsabilidad en salud en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar?

1.2. Hipótesis.

1. Los factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y duración del tratamiento), afectan el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.
2. Los factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y duración del tratamiento), afectan la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
3. Los factores personales psicológicos (percepción del estado de salud), afecta el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

4. Los factores personales psicológicos (percepción del estado de salud), afecta la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
5. Los factores personales socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), afectan el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
6. Los factores personales socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico),afectan la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
7. El apoyo social (emocional y tangible), afecta el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.
8. El apoyo social (emocional y tangible), afecta la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

1.3. Objetivos.

Objetivo General. Determinar la relación y el efecto que existe entre los factores personales, y el apoyo social con el apego al tratamiento y responsabilidad en salud en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

Objetivos Específicos:

1. Conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes que tienen apego al tratamiento antituberculoso y la responsabilidad en salud.

2. Determinar la relación y efecto que existe entre los factores personales y el apoyo social.
3. Determinar la relación y efecto del apoyo social con el apego al tratamiento y responsabilidad en salud.
4. Medir la consistencia interna de los instrumentos Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (CPES), Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ), Cuestionario de Apoyo al Tratamiento Antituberculoso y Responsabilidad en Salud (ATB,RS).

1.4. Importancia del estudio.

En el presente estudio se aplicaron empíricamente algunos conceptos del Modelo de Promoción de la Salud que explican la relación y el efecto de los factores personales y el apoyo social, con la conducta esperada de apego a tratamiento y responsabilidad de salud. Contribuye en la práctica de la enfermería comunitaria ya que el apoyo social debe considerarse al implementar estrategias que permitan el éxito en el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. El estudiar el apego al tratamiento y no el desapego o abandono contribuye a la sociedad e instituciones del sector salud para que estos factores

puedan ser incorporados en el Programa de Control y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar.

Los instrumentos utilizados en el estudio mostraron tener consistencia interna aceptable y pueden eventualmente ser una aportación para otros investigadores.

1.5. Limitaciones del estudio.

El estudio se llevó a cabo en pacientes con Tuberculosis Pulmonar que terminaron el tratamiento en la Secretaría de Salud en coordinación con el Programa Binacional de erradicación de Tuberculosis Pulmonar "Los Dos Laredos" en el área fronteriza, de Nuevo Laredo Tamaulipas, por lo que los resultados sólo pueden generalizarse al grupo donde proviene la muestra. Otra limitante fue que sólo se estudió el grupo de pacientes que terminaron el tratamiento sin incluir aquellos que lo abandonaron.

1.6. Definición de términos.

Para el presente estudio se consideraron los siguientes términos:

Factores Personales Biológicos.

Son factores de índole estructural funcional que difícilmente pueden ser modificados y que pueden facilitar el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar; se incluyen las edad, sexo e índice de masa corporal, días de inicio y duración del tratamiento y se midió con el instrumento Cuestionario de Datos Personales del paciente con Tuberculosis Pulmonar (CDPTBP).

Factores Personales Psicológicos.

Son factores cognitivos y de motivación que pueden influir en sentido positivo o negativo sobre la conducta promotora o específica de la persona. Se incluye la percepción del estado de salud como factor que influye en el apego al tratamiento y responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar. Se midió con el instrumento (CPES).

Factores Personales Socioculturales.

Son factores que constituyen el marco de referencia social, económico y cultural donde se encuentra el paciente con Tuberculosis Pulmonar y que tiene la probabilidad de influir en la conducta de apego al tratamiento. Se incluye estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico. Se midió con el instrumento (CDPTBP)

Apoyo Social.

Son percepciones de afecto, afirmación de conductas y apoyo que recibe el paciente con Tuberculosis Pulmonar de las personas más cercanas, y contribuyen para que se apegue al tratamiento y se responsabilice de su salud. Incluye el apoyo emocional y apoyo tangible se midió a través del instrumento (NSSQ) Norbeck 1981.

Apego al Tratamiento.

Es una conducta específica que alcanza el paciente con Tuberculosis Pulmonar como conducta final o resultado del tratamiento para lograr su control a través de baciloscopia negativa y alta clínica de signos y síntomas se midió con el instrumento (ATBP y RS)

Responsabilidad en Salud.

Es la conducta del paciente con Tuberculosis Pulmonar para que atienda y acepte el compromiso de su propia salud y busque asistencia profesional cuando es necesario este aspecto forma parte del instrumento (ATBP y RS).

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Para abordar el problema de investigación se consideraron las bases teóricas del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (1996), el Programa Binacional de Eliminación de la Tuberculosis "Los Dos Laredos", la ubicación del MPS al problema de investigación estudios y referencias en relación a los conceptos utilizados en esta investigación.

2.1. Modelo de Promoción de la Salud.

El Modelo de Promoción de la Salud integra varios constructos de la teoría del valor de la expectativa y de la teoría del aprendizaje social, dentro de una perspectiva de enfermería del funcionamiento humano holístico. (Pender, 1996).

De acuerdo a la teoría valor de la expectativa, la conducta es racional y económica, dado que la importancia motivacional se basa en el conocimiento previo y en los éxitos personales o de otros en el logro de los resultados de cualquier acción.

La teoría del aprendizaje social es un modelo de interacción de causalidad en el cual los eventos ambientales, factores personales y la conducta, actúan como

determinantes recíprocos y da mayor énfasis a la autodirección, autorregulación y autoeficacia.

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado para la investigación dirigida a la predicción de estilos de vida generales de promoción de la salud así como conductas específicas.

El modelo de Promoción de la Salud se organiza en tres categorías.
(Figura 1)

- 1) Características y experiencias individuales. Se definen como las características y experiencias de cada persona; incluyen la conducta previa relacionada y factores personales de tipo biológico, psicológico y sociocultural.

- 2) Cogniciones y afectos específicos de la conducta. En esta categoría se le da mayor importancia al factor motivacional, además constituye el núcleo crítico para la intervención donde la enfermería puede actuar y modificar la conducta deseada.

En esta categoría se incluyen los siguientes conceptos:

- a) Beneficios percibidos de la acción. Se refiere a la percepción de consecuencias positivas derivadas de una conducta.

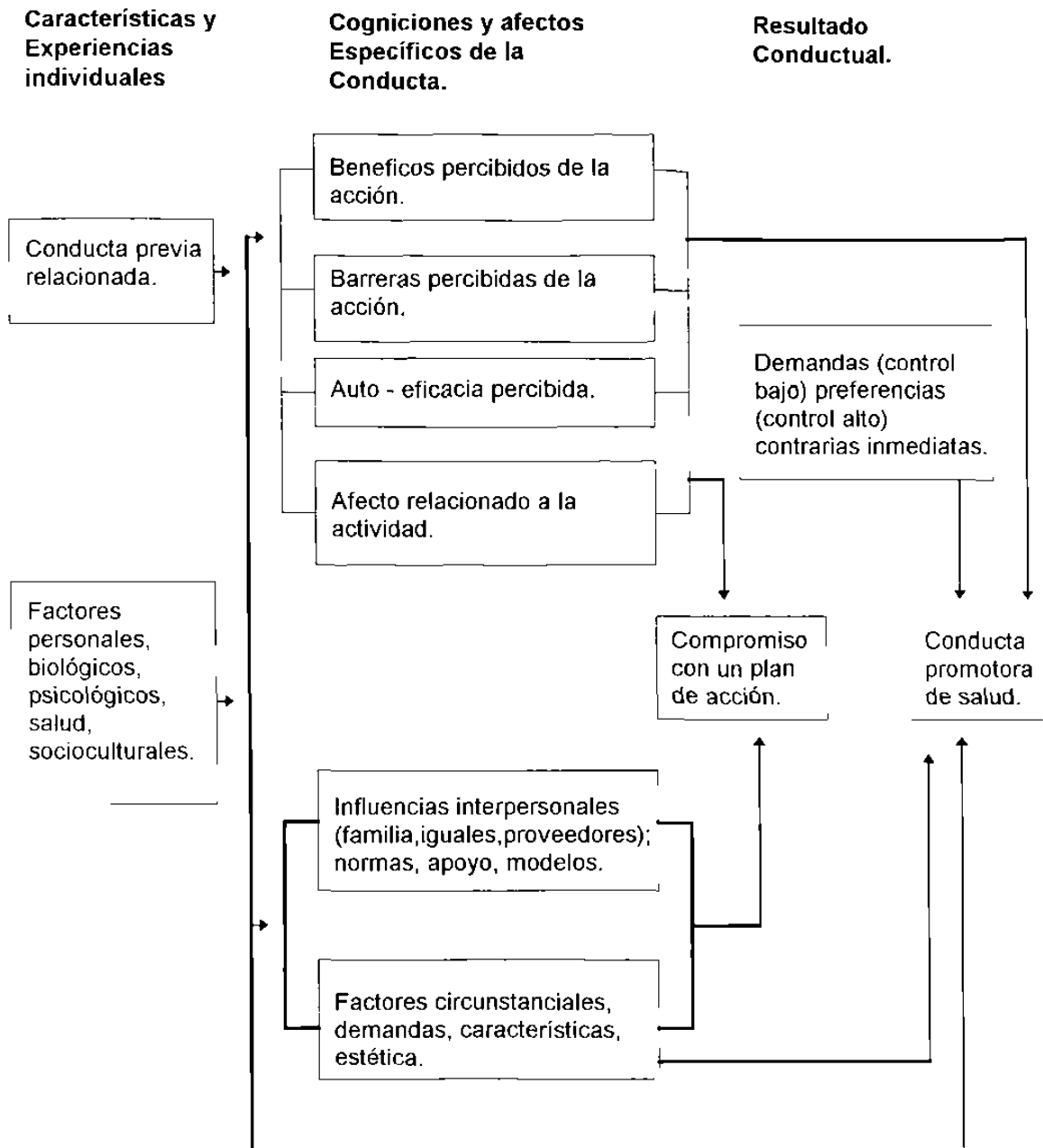
- b) Barreras percibidas para la acción. Son percepciones imaginarias o reales u obstáculos que tienen las personas para emprender una acción dada.
 - c) Autoeficacia percibida. Es el juicio que hace la persona con respecto a las capacidades propias para llevar a cabo la acción.
 - d) Afecto relacionado con la conducta. Se refiere a los sentimientos subjetivos que ocurren antes, durante y después de la conducta, éstos pueden ser positivos o negativos.
 - e) Influencias interpersonales y situacionales o circunstanciales. Las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a conductas, creencias o actitudes que otra persona muestra hacia la conducta del individuo que trata de modificar su estilo de vida. Las influencias situacionales o circunstanciales provienen de percepciones y cogniciones personales de cualquier situación, incluyen las percepciones del individuo, opciones disponibles para llevar a cabo lo que se demanda considerando las características del ambiente.
- 3) Resultado conductual promotora de salud. Es el punto final o resultado de acción en el Modelo de Promoción de Salud. Esta categoría considera demandas y preferencias inmediatas que son contrarias a la conducta promotora de salud; esto se refiere a las conductas alternativas que invaden la conciencia del individuo como posibles substitutos que ocurren en forma inmediata anterior a la conducta promotora de salud. El compromiso con un plan de acción y la conducta promotora o específica de salud que está básicamente dirigida a logro de resultados de salud positiva.

En general, el Modelo de Promoción de la Salud explica que la conducta de los individuos puede ser nociva o promotora de salud. Esta depende de la relación entre los conceptos bajo las tres grandes categorías. Es decir, las características y las experiencias individuales influyen en las cogniciones y afectos de la conducta para determinar directamente la conducta promotora de salud, o bien esta relación puede estar mediada por el compromiso de llevar a cabo un plan de acción. El modelo muestra también que la conducta de una persona puede recibir un efecto directo de las demandas y preferencias de los individuos que ejercen control sobre las personas.

2.2. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Para la aplicación de algunos conceptos del modelo de Promoción de Salud en el paciente que terminó el tratamiento antituberculoso es importante sumarizar algunas características de la enfermedad y del programa nacional de Prevención y control de la tuberculosis. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA42-1993. "Para la prevención de la tuberculosis en atención primaria de salud", la tuberculosis es una enfermedad infecciosa generalmente crónica, causada por las especies del género *Mycobacterium*, *mycobacterium tuberculosis* y *micobacterium. bovis* que se trasmite del enfermo al sujeto sano por la inhalación de material infectante o a través de la ingestión de leche de vaca contaminada respectivamente.

FIGURA 1



Modelo de Promoción de la Salud. (N.J. Pender, 1996).

Algunos de los factores propios para desarrollar la enfermedad son las deficientes condiciones sanitarias, económicas y sociales. Los signos y síntomas que se advierten al presentar el padecimiento son entre otras, la pérdida de peso, adinamia, astenia, anorexia y progresivamente aparece la tos, expectoración y febrícula.

El programa nacional de prevención y control de la Tuberculosis Pulmonar considera el éxito o la curación como el caso de tuberculosis que ha terminado el tratamiento primario, desaparecen los signos clínicos y tienen la baciloscopía negativa en dos muestras mensuales tomadas en ocasiones sucesivas, así como el caso en el que al término de su tratamiento regular desaparecieron los signos clínicos y no expectora, y define el abandono a la inasistencia continua del paciente con Tuberculosis Pulmonar a la unidad de salud por 15 días después de la fecha de la última cita programada. El propósito del programa es el de romper la cadena epidemiológica, lograr la prevención y control a través de la estrategia de vacunación con BCG, localización de casos positivos y de manera humanitaria tratarlos en forma inmediata.

El tratamiento y su apego es la estrategia central del control de ésta enfermedad desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Se administra por el personal de salud y se distingue en primario, y el retratamiento, se emplea en cualquier localización de la enfermedad. El tratamiento primario debe ser supervisado y solo excepcionalmente autoadministrado, ya que la

supervisión del tratamiento es el único que ofrece completa seguridad respecto a la toma de los medicamentos. Los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la tuberculosis son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, estreptomina y etambutol.

El control y la evaluación de los resultados del tratamiento se llevará a cabo cada mes o antes cuando la evolución del enfermo lo requiera a través del control clínico baciloscópico y el radiológico en los casos que exista el recurso como estudio complementario (NOM-006-SSA42-1993).

2.3. Proyecto Binacional de Eliminación de la Tuberculosis en la Frontera de México y T exas “Los Dos Laredos”.

El proyecto Los Dos Laredos inició en 1993 con Fondos Federales recibido por el Centro de Control de Enfermedades para la eliminación de Tuberculosis Pulmonar del Departamento de Salud en Texas. Los recursos son utilizados para servicios de diagnóstico, servicios de asistencia para investigaciones de terapia observada y de contacto, tratamiento de casos, contactos, educación, entrenamiento para profesionales de la salud, y desarrollo de materiales de educación e información para el público.

Se proporciona cuidado continuo en ambos lados de la frontera, hay un alto nivel de coordinación y comunicación entre las dos ciudades. La

información de los pacientes y contactos se comparte sistemáticamente entre las clínicas, se cuenta con un comité local guiado con representación tanto del lado texano como del mexicano a fin de mantener comunicación entre los departamentos de salud. Las reuniones de revisiones médicas son realizadas mensualmente para discutir los casos, procedimientos y encargarse de los pacientes que estén experimentando complicaciones.

Los enfermeros de asistencia social empleados por el proyecto hacen visitas domiciliarias diarias para hacer terapia directa a todos los pacientes que estén recibiendo tratamiento, participan en la investigación de contactos, llevar a cabo educación y realizar actividades de información al público.

2.4. Ubicación del Problema al Modelo de Promoción de la Salud.

El Programa Binacional de Eliminación de la Tuberculosis Pulmonar “Los Dos Laredos” en sus reportes señala el éxito que tiene en el tratamiento de los pacientes que tienen bajo su control en la ciudad fronteriza lo que motiva a conocer que factores influyen sobre esta conducta específica.

El modelo de Promoción de la Salud explica que la conducta específica o promotora de salud depende de la relación de las características y experiencias individuales y su influencia en las cogniciones y afectos de la conducta para determinar directa o indirectamente una conducta específica o promotora de salud.

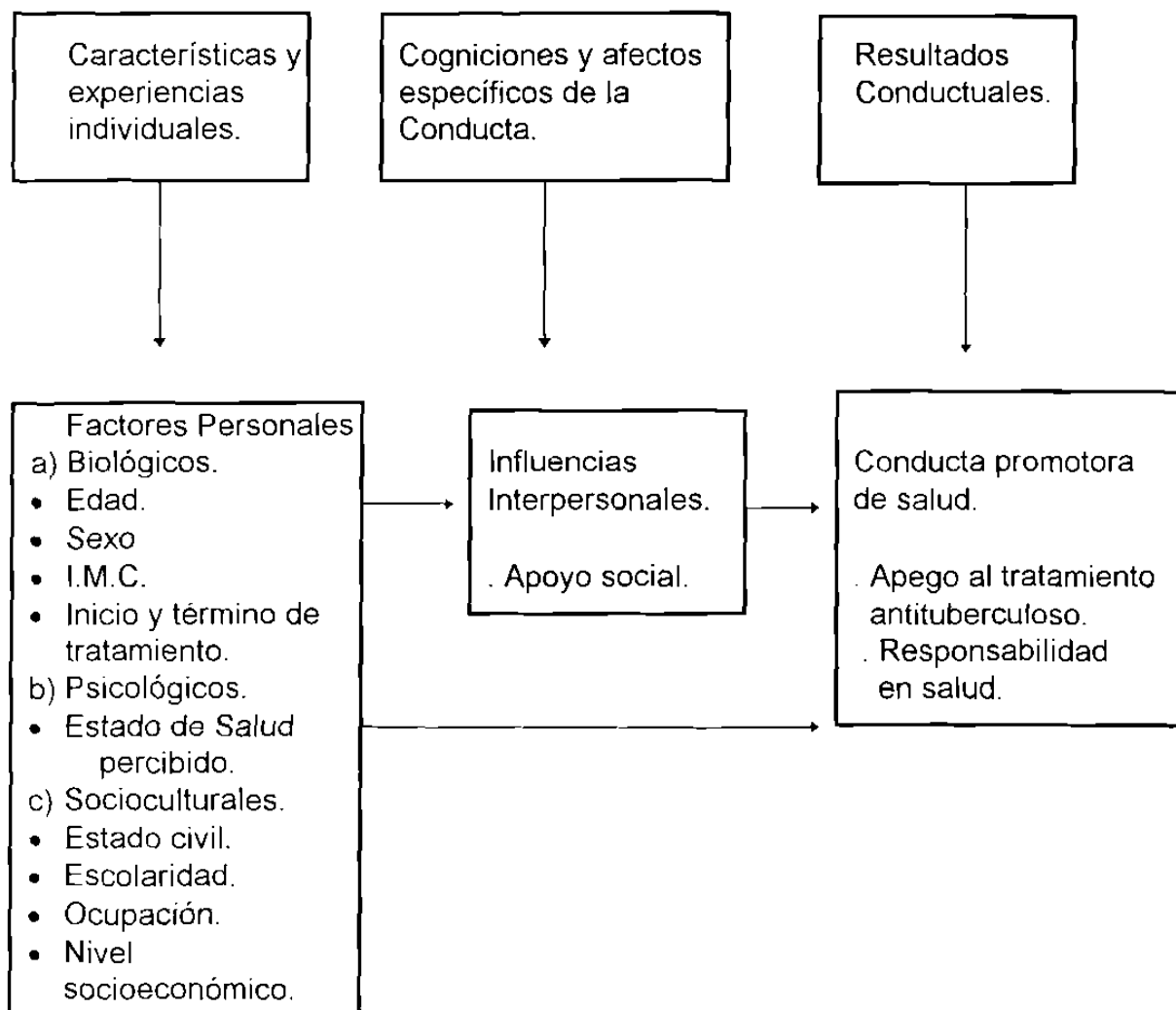
Por lo que la temática del estudio encaminó el uso de este modelo para predecir su efecto en la conducta de apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar. Para esta investigación se seleccionaron los siguientes conceptos.

Para las categorías, características y experiencias individuales se estudiaron los factores personales de tipo biológico tales como la edad, índice de masa corporal (IMC), inicio y duración del tratamiento. De los factores personales de tipo psicológico el estado de salud percibido y de los factores socioculturales el estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico. Para la categoría de cogniciones y afectos específicos de la conducta se estudio el apoyo social derivado del concepto influencias interpersonales y para los resultados conductuales se estudió el apego al tratamiento antituberculoso y la responsabilidad en salud derivados del concepto conducta promotora de salud.

Se postula de acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud que los factores biológicos, psicológicos y socioculturales tengan un efecto directo sobre *la conducta específica de apego al tratamiento y responsabilidad de salud* e indirectamente a través de las influencias interpersonales o apoyo social. También se espera un efecto directo de las influencias interpersonales sobre la conducta específica (Figura 2).

FIGURA 2.

UBICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN AL MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (MPS) Pender (1996).



2.5. Apoyo Social.

El apoyo social se deriva de la categoría Cogniciones y afecto específico de la conducta. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de salud son las familias, amigos y proveedores entre otros. El apoyo social es un proceso interpersonal que afecta la predisposición de los individuos para realizar conductas promotoras de la salud. Las normas sociales establecen estándares de desempeño que los individuos pueden adoptar o rechazar.

El apoyo social como componente de las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de la salud directa e indirectamente a través de las presiones sociales o estímulos para comprometerse con un plan de acción. Los individuos tienden a realizar conductas por las cuales serán admirados y reforzados socialmente, Pender (1996).

El apoyo social es definido como la asistencia y protección dada por otros de manera individual puede ser de apoyo emocional y tangible (Casel 1976, Cobb 1979, Sarason J. Sarason 1985).

Norbeck (1981) postula que el apoyo emocional y tangible son factores importantes para que los individuos se mantengan motivados para emprender acciones en favor del cuidado de la salud.

El apoyo emocional involucra la provisión de cuidado empatía, amor y confianza. House (1981) refiere que el apoyo emocional es la categoría más importante a través de la cual el apoyo percibido es llevado a otros. Norbeck (1981) describe el componente de apoyo emocional como una asistencia afectiva, una transacción afectiva representada por alguien que imparte admiración, respeto y amor. House (1981) señala que el apoyo emocional es el tipo más importante para amortiguar el estrés y facilitar la salud.

Kahn y Antonucci citado por Peterson (1995) derivaron su conceptualización del apoyo social de las teorías de vínculo y rol. La teoría de vínculo sugiere que los humanos son intrínsecamente sociales; la necesidad de contacto humano es visto más profundamente en la relación materno infantil, esta relación es el prototipo y precursor de las relaciones que ocurren en a lo largo de la vida. Las relaciones tienden a estar relacionadas con el rol (esposo-esposa, padre-hijo, estudiante-maestro y trabajo) asociado así pues la teoría de los roles puede explicar la naturaleza cambiante de las relaciones a medida que cambian los roles de la vida.

Kaplan y Killilea (1976) señalaron que el apoyo social es más protector cuando es mutuamente recíproco y esta ocurre más dentro de las relaciones informales (parientes, amigos, vecinos) que dentro de las relaciones formales (con profesionales)

Los epidemiólogos han tendido a usar las teorías ecológicas de resistencia y vulnerabilidad del huésped como marco del apoyo social. Cassel (1976) concluyó que el medio ambiente social, específicamente la presencia de apoyo, altera la resistencia de la gente a la enfermedad a través de efectos metabólicos que ésta ocasiona.

2.6. Estudios relacionados.

2.6.1. Estudios de tuberculosis pulmonar realizados mediante otros modelos.

Martínez (1982). Estudió familias donde existía un paciente con tuberculosis pulmonar que había abandonado el tratamiento, fue sometido, a un programa de vigilancia familiar logrando la recuperación, conocimiento sobre la enfermedad e identificación con el personal médico. Se concluyó que las principales causas de abandono fueron la falta de información sobre la enfermedad y la identificación inadecuada entre el grupo familiar y el equipo médico.

Yañez (1994). Realizó un estudio a través del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1988) en pacientes con diagnóstico médico de tuberculosis pulmonar a fin de conocer el grado de asociación de los factores sociales y culturales con el abandono del tratamiento antituberculoso. Los resultados

mostraron que no existe tal asociación ($p > .05$). Sin embargo identificó que los beneficios percibidos por los pacientes para terminar el tratamiento fueron: el 72.8 por ciento refirió que se aliviarían, de los que reiniciaron el tratamiento, el 62.5 por ciento afirmó que tendría éxito, el 58.3 por ciento señaló requerir ayuda profesional, familiar y económica para reiniciar el tratamiento, en relación a la frecuencia del seguimiento en el hogar, el 56.3 por ciento señaló que nunca había sido visitado en su domicilio. El motivo de abandono y seguimiento en el domicilio mostró significancia estadística ($p = 0.05$) y correlación positiva débil de .42. En relación a las características de los pacientes que habían abandonado el tratamiento se encontró que el 66.6 por ciento de la población tenía de 15 a 54 años de edad, el 70.8 por ciento fueron hombres, el 29.2 por ciento mujeres, el 37.5 por ciento laboran como obreros, el 45.8 por ciento eran casados y el 41.7 solteros, viudos y divorciados.

Paz (1994). Estudió pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar utilizando el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1988) para conocer la diferencia que existe entre las creencias de salud del paciente, según motivo de abandono. Encontró que no existe diferencia entre las creencias de salud de los pacientes que abandonaron el tratamiento según el motivo de abandono solo se observó diferencia en la directrices de acción interna (malestar después de abandonar el tratamiento, reacciones al mismo padecimiento y de otras enfermedades percepción de lo que es estar sano) con un nivel de significancia de $p = 0.05$ y v de Cramer de 0.33. El 46 por ciento no sabe cual es la duración del

tratamiento; en relación al motivo de abandono, el 31 por ciento de los pacientes mencionó que fue por presentar mejoría, el resto por atención inadecuada en las unidades de salud, de otras enfermedades, presencia de alcoholismo, falta de medicamento en las unidades, efectos indeseables del tratamiento, falta de interés del paciente e incompatibilidad en el horario de trabajo. En relación a las características sociodemográficas de los pacientes el 49 por ciento fueron casados y el resto solteros, viudos y separados. El 67 por ciento fueron hombres y el 33 por ciento mujeres, el 72 por ciento tenían estudios de primaria completa e *incompleta*

Flores (1995). Realizó un estudio para conocer la resistencia a los antifímicos en pacientes con tuberculosis pulmonar tratados en una clínica hospital de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El 43 por ciento respondió al tratamiento logrando éxito; el 21 por ciento hizo resistencia al medicamento y el 36 por ciento no respondió por padecer patologías agregadas, tales como diabetes, insuficiencia renal, alcoholismo, lo que impidió la curación de los pacientes.

Casas (1996). Realizó un estudio transversal y descriptivo para conocer las características socioculturales de los pacientes con tuberculosis pulmonar adscritos en unidades de primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social en estado de Nuevo León. En sus resultados muestra que dos terceras partes de los pacientes desconocían su enfermedad, mecanismos de contagio, medidas preventivas, tratamiento y control médico. El 63 por ciento

correspondieron al sexo masculino, el 42 por ciento tenían entre 29 y 39 años de edad, el 86.8 por ciento tenían estudios de primaria, el 51.2 por ciento trabajaban como obreros, en relación al ingreso mensual el 76.8 por ciento obtenía 500 pesos. Concluyó que probablemente el desconocimiento determinaba la actitud "no cooperadora" del paciente hacia el control médico, situación que desencadena la baja adherencia al tratamiento e incumplimiento de las citas médicas.

García (1998). Realizó un estudio retrospectivo sobre eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en Jurisdicciones Sanitarias de Morelos. Se analizaron 246 esquemas de tratamiento, y se encontró que 32 por ciento presentó curación bacteriológica; 26 por ciento curación probable; 18 por ciento abandonó el tratamiento; 1 por ciento fracasó en el tratamiento y 3 por ciento murió durante el tratamiento. El resultado de curación fue mayor en los casos nuevos con 61 por ciento que en los retratamientos con 38 por ciento ($p < 0.01$). Los pacientes en retratamiento lo abandonaron en un 32 por ciento y de los casos nuevos el 16 por ciento ($p = < 0.01$). La eficacia del tratamiento fue de 71 por ciento y la eficiencia de 58 por ciento.

2.6.2. Estudios en relación a los conceptos utilizados en la investigación

(Factores Personales, Apoyo Social, Estilos de Vida).

En relación a la percepción del estado de salud. Durán (1989) Obtuvo correlación positiva ($p = .02$) entre percepción de salud y su influencia en la prevención y control de la displasia cervical.

Rodríguez (1996) obtuvo un promedio de 61.1 en el cuestionario percepción de estado de salud en adultos jóvenes estudiantes universitarios en estilo de vida de responsabilidad en salud obtuvo un promedio de 26.6. Se encontró influencia estadísticamente significativa, entre el estado de salud percibido y la conducta de responsabilidad en salud lo que demostró que la percepción del estado de salud influye directamente en las conductas promotoras de salud. ($r = .13$ $p < .001$).

Salazar (1996) Obtuvo un índice promedio de 23.4 en el instrumento estado de salud percibido en mujeres de clase social marginal en el estudio factores culturales y sociales de la mujer para promover en salud familiar y la propia, a través del análisis de varianza demostró que los factores personales (beneficios percibidos, escolaridad, clase social y biológicos) influyen en las conductas promotora de salud de la familia y propia ($p = .05$) y con una media de 30.1 a 47.9.

Campa (1997) al estudiar percepción del estado de salud en ciudadanos de pacientes con discapacidad motora reportó tener una media de 74.94 y una desviación estándar de 9.66 y correlaciones positivas significativas entre percepción del estado de salud y factores condicionantes básicos ($r_s = .2717$ $p = .002$) percepción del estado de salud con capacidad de autocuidado ($r_s = .3793$ $p < .001$).

Acevedo (1997) al aplicar el cuestionario sobre percepción del estado de salud en mujeres adultas diabéticas arrojó una media de 66.04 en una escala de 0 a 100 con una desviación estándar de 17.71.

Carmona, et.al (1998) usó conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1986) en un estudio de adultos con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus Tipo 2 para explicar en qué medida los factores personales e influencias interpersonales eran predictoras de las conductas promotoras de salud. Los hallazgos del estudio mostraron efecto de los factores socioculturales con las conductas promotoras de ejercicio y responsabilidad en salud ($F_s= 4.43$, $p< .001$). Así mismo, correlación positiva significativa de influencias interpersonales (apoyo social) y la conducta promotora de responsabilidad en salud ($r_s= .31$, $p= .02$).

Kaplan, Killilea (1976), Rocco (1980), Pilisuk (1982), citado por Peterson (1985). Describen que el apoyo social está correlacionado a resultados de salud favorables. El apoyo social es más protector cuando es mutuamente recíproco y ocurre más dentro de las relaciones informales (parientes, amigos, vecinos) que dentro de relaciones formales con profesionales.

Ronquillo (1992) En su estudio apoyo percibido del paciente hipertenso para realizar acciones de autocuidado reportó que el 50.3 por ciento el apoyo que recibió fue de sus hijos, el 20 por ciento por otros familiares el 15 por ciento por esposa(o) el apoyo fue medido a través de acciones o pensamientos, confianza y

apoyo económico, frecuencia y pérdida, sin embargo el apoyo familiar no constituye un factor determinante para que los pacientes hipertensos realizaran acciones de autocuidado.

Silva et.al (1993) En su estudio "Factores relacionados con la aplicación del tratamiento en papanicolaou anormal y la displasia cervical reportó que las mujeres jóvenes menores de 35 años completan más el tratamiento que las mayores de 35 años; más de la mitad de la muestra opinó que el apoyo que se recibe del esposo o compañero influyó en la decisión de practicarse el papanicolaou. La escolaridad, el estado civil y la edad no se relacionaron con la forma de llevar el tratamiento indicado.

González (1995) Demostró que el apoyo familiar fue significativo para que el paciente diabético se mantuviera controlado y evitaran complicaciones (X^2 241.54, $p < .001$).

Bañuelos(1999) estudio las conductas promotoras de salud en adultos con diabetes tipo 2 y reportó que el apoyo familiar que reciben los pacientes con diabetes tipo 2 para apegarse al tratamiento (ejercicio y dieta) es relativamente bajo; media 37.2 con una desviación estándar de 23 sin embargo se mostró asociación a través del coeficiente de correlación de Spearman entre apoyo y apego ($r_s = .36$ $p = .01$) Escolaridad y apoyo ($r_s = .34$ $p = .01$) También se demostró efecto significativo de apoyo familiar con el apego al ejercicio y dieta, mostrando

que el apoyo familiar implica un 12 por ciento de la variación en las conductas de apego. Además mostró que el apoyo familiar se explica a través de las conductas previas y los factores personales ($F= 2.12$ $p=.05$, R^2 ajustada $=.09$).

CAPITULO 3

METODOLOGIA.

3.1. Diseño del estudio.

El diseño del estudio fué: descriptivo, correlacional y explicativo. (Polit,1996).

3.2. Población.

La población de interés para el estudio lo conformaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados con tuberculosis pulmonar y que terminaron su tratamiento de enero 1998 a mayo 1999 adscritos al IMSS, ISSSTE y SSA en coordinación con Programa Binacional "Los Dos Laredos " en la Ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

3.3. Plan de muestreo y muestra.

La muestra fue no probabilística en la serie del tiempo, el universo estuvo conformado por el total de pacientes que habían terminado el tratamiento antituberculoso y bajo control por las instituciones de salud en coordinación con el programa binacional de eliminación de la tuberculosis " Los Dos Laredos".

3.3.1 Criterios de Inclusión.

Pacientes con diagnóstico médico de tuberculosis pulmonar y que terminaron su tratamiento en un tiempo menor de 18 meses.

Pacientes que iniciaron por primera vez el tratamiento antituberculoso y lo terminaron.

Edad de 18 y más años.

Residentes del área fronteriza de la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas.

Ambos Sexos.

Pacientes que no abandonaron el tratamiento.

3.4. Material.

Para la recolección de la información se utilizaron cuatro instrumentos:

1. Cédula de datos personales para pacientes tratados con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar (CDPTBP)., Apéndice A.
2. Cuestionario de percepción del estado de salud (CPES), Apéndice B.
3. Cuestionario de apoyo social (NSSQ), Apéndice C.
4. Cuestionario sobre apego al tratamiento y responsabilidad de la salud (ATB y RS), Apéndice D.

El primer instrumento (CDP TPB) fue elaborado por el autor, considerando los conceptos de Pender (1986). Mide factores personales, biológicos y

socioculturales; consta de 8 ítems dividido en dos secciones; factores personales biológicos con 3 ítems; valora la edad, sexo e índice de masa corporal . La *segunda sección factores personales socioculturales* con 5 ítems valora: estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico e ingreso económico.

El segundo instrumento (CPES) de los autores Dr. Anita L. Stewart y Dr. John E. Wore Jr.; traducido, probado y determinada su confiabilidad en población mexicana por Gallegos (1996), con alpha de Cronbach en la escala total de .88, utilizado por Campa (1997), con alpha de Cronbach de .78. El instrumento esta dividido en tres secciones: a) estado funcional, b) bienestar y c) evaluación global de la salud. En la primera sección estado funcional, se valora la forma en que se sintió el paciente los dos últimos meses anteriores a la encuesta, consta de 6 ítems, para alcanzar en total un valor máximo de 36 y mínimo de 6; donde 36 corresponde cuando la persona se sintió mejor y 6 cuando se sintió mal. La segunda sección corresponde al bienestar, se valoran las limitaciones que hubo en los últimos meses, como consecuencia de la alteración del estado de salud, consta de 8 ítems, para alcanzar como máximo valor de 24 y mínimo de 8; donde 24 representa sin limitación y 8 cuando ha existido limitación por más de 3 meses. La *tercera sección se refiere a la evaluación global de salud. Consta de 6 ítems, pudiendo obtener una calificación máxima al 30 y mínima de 6; si obtiene 30 corresponde a la percepción de un mejor estado de salud y 6 a la percepción del peor estado de salud.*

De acuerdo al instrumento en forma general, el mayor puntaje corresponde a mejor nivel de percepción del estado de salud se invirtieron los valores de las preguntas 3, 5, 16, 17 y 20 para conservar el mismo sentido.

El tercer instrumento (NSSQ), de NORBECK (1981), diseñado bajo el marco conceptual de Kahn traducido y probado su confiabilidad en población mexicana por Carmona et al (1998) con un alpha de Cronbach de .97 y aplicado por Esparza (1999) con alpha de Cronbach .72. Este cuestionario consta de 9 ítems, valora 5 aspectos de apoyo social que son a)apoyo emocional, b) apoyo tangible, c) frecuencia, d)duración y e) perdida; para este estudio solo se utilizaron dos aspectos el apoyo emocional que consta de 4 ítems y apoyo tangible con 2 ítems su diseño es tipo likert y califica el apoyo social en cada ítems con puntaje de 1 a 5 en donde el mayor puntaje corresponde mejor apoyo social.

El cuarto instrumento (ATBP y RS) consta de dos secciones, la primera elaborado por el autor del estudio constituido por seis ítems con repuestas dicotómicas mide el apego al tratamiento antituberculoso y la segunda sección consta de 10 ítems para valorar responsabilidad en salud, su diseño es tipo Likert con una escala de cuatro opciones que van desde nunca (N), algunas veces (V) , frecuentemente (F), y Rutinariamente (R) fue tomada del instrumento Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud (PEPS) diseñado por Pender (1987) esta subescala fué aplicada por Salazar (1996) en población de madres Mexicanas con

un alpha de Cronbach de .85, Rodríguez (1996) aplicó esta subescala en adultos jóvenes con alpha de cronbach de .83

3.5. Procedimiento.

Para llevar a cabo el estudio, se solicitó autorización en la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de la Secretaría de Salud, al Programa Binacional “Los Dos Laredos”, así como a las otras instituciones involucradas a fin de contar con las facilidades para la aplicación de los instrumentos.

Se aplicó prueba piloto de los instrumentos a 30 sujetos considerando los criterios de inclusión en una localidad con características similares a la del estudio. De esta forma se evaluó la comprensión claridad y tiempo de aplicación de los instrumentos. Se midió la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente se realizaron los cambios y ajustes necesarios. Se obtuvieron los listados de los pacientes de las instituciones de salud que habían terminado su tratamiento para tomar el nombre, la dirección y proceder a la aplicación de los cuestionarios.

En la aplicación de los instrumentos participaron el autor y dos Licenciados en enfermería a quienes se les capacitó sobre el modelo de Promoción de la Salud y el procedimiento para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de los datos se obtuvo en forma directa al interrogar a los pacientes en su domicilio, lugares del trabajo y otro como el reclusorio, se les proporcionó información sobre el estudio y se les pidió su autorización de participación. En la aplicación del instrumento, el encuestador estableció un ambiente de confianza, se informó el propósito del estudio y se procedió al llenado del mismo, el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 20 a 30 minutos. Al terminar su aplicación fue revisado por el investigador a fin de que los instrumentos fueran llenados en su totalidad para posteriormente codificar y capturar. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del paquete estadístico SPSS/WIN(Statistical Package for the Social Sciences for Window). Se obtuvieron estadísticas descriptivas para cada variable (frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviación estándar). Se elaboraron índices para las subescalas así como promedios. Para la estadística inferencial se aplicaron coeficientes de correlación de Spearman y análisis de regresión lineal múltiple. Para la presentación de los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel Versión 6 para Windows y el procesador de Textos Microsoft para Windows.

3.6. Ética del estudio.

En el presente estudio se tomó en consideración lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (1987). De acuerdo al Artículo 113 del Título sexto, se solicitó la autorización por escrito a la Jurisdicción Sanitaria N° 5 de la Secretaría de Salud, al Programa

Binacional "Los dos Laredos", así mismo a otras instituciones involucradas. (IMSS, ISSSTTE, SSA). Se contó con el consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley General de Salud, Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, Fracción V.

Se respetó el Artículo 13 que a la letra dice: "que toda investigación en la que el ser humano es el sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y protección a sus derechos y bienestar". Se considerara una investigación sin riesgos, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en las variables físicas, psicológicas y sociales del sujeto de acuerdo al Artículo 17, Fracción II.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio corresponden a 80 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que terminaron su tratamiento. La presentación de los resultados se realiza en cuatro apartados 1) consistencia interna de los instrumentos, 2) estadísticas descriptivas, 3) análisis de correlación, 4) prueba de hipótesis.

4.1. Consistencia Interna

Tabla No. 1

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumentos, Escala Total	Número de ítems	alpha de Cronbach Total
Percepción del estado de salud (CPES)	20	.75
Apoyo Social (NSSQ)	6	.99
Apego al tratamiento (ATBP)	7	.56
Responsabilidad en Salud (RS)	10	.81

Fuente: Instrumentos utilizados

N=80

La consistencia interna obtenida en las escalas totales medida a través del alpha de Cronbach fue de .75 para el instrumento (CPES), .99 para el instrumento (NSSQ), de .56 para el instrumento (ATTBP) y de .81 para el instrumento (RS).

4.2. Estadísticas descriptivas

Los datos descriptivos corresponden a los factores de la población estudiada y son: edad, sexo, IMC, días de inicio y término del tratamiento, estado civil, escolaridad, estado socioeconómico e ingreso económico semanal, apego de tratamiento y responsabilidad en salud de los pacientes que terminaron el tratamiento antituberculoso.

Tabla No. 2

Factores Personales de la Población con Tuberculosis Pulmonar

Factores Personales	M	D.E	M.d.	Min.	Max.
Edad	34.4	15.39	0.00	18.00	76.00
Escolaridad	3.74	2.07	3.00	0.00	15.00
I.M.C.	21.01	3.06	20.58	18.64	25.33
Días de Inicio Tratamiento	11.9	17.36	1.00	1.00	80.00
Días de Término Tratamiento	191.02	47.07	197.00	95.00	301.00

Fuente Directa: (CDPTBP, ATB y RS).

N=80

En la tabla No. 2 se muestra que la edad de los pacientes estudiados osciló entre 18 y 76 años con una media de 34.4, la escolaridad obtenida fue como mínimo 0 y máximo 15 años con una media de 3.74, en relación al índice de masa corporal (IMC) se encontró entre 18.64 y 25.33 con una media de 21.01. Los días de inicio de tratamiento fueron entre 1 y 80 con una media de 11.9 y en cuanto a los días de terminación del tratamiento que recibieron los pacientes fue de 95 y 301 días con una media de 191.02 días.

Tabla No. 3

Factores Sociodemograficos

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	56	70
Femenino	24	30
Nivel Socioeconómico		
Medio	23	28.8
Medio Bajo	34	42.5
Bajo	23	28.8
Estado Civil		
Soltero	28	35
Casado	36	45
Divorciado	16	20
Ocupación		
Empleado u obrero	31	38.8
Peón	6	7.5
Por su cuenta	6	7.5
Sin ocupación	37	46.3

Fuente Directa: (CDPTBP)

N=80

Como se muestra en la Tabla No. 3 el 70 por ciento de la población son hombres, el nivel socioeconómico es mayor en los estratos socioeconómicos medio bajo y bajo con un 42.5 y 28.8 por ciento respectivamente, el 45 por ciento son casados el resto solteros y divorciados, el 46.3 por ciento sin ocupación el 38.8 por ciento son empleados u obreros.

Tabla No.4

Ingreso Económico Semanal de la Población con Tuberculosis Pulmonar

	M.	D.E.	Min.	Max.
Ingreso Económico	392.44	211.04	150	980

Fuente Directa: (CDPTBP).

N=80

La tabla No. 4 muestra el ingreso económico semanal de los pacientes estudiados disponen como mínimo y máximo entre 150 a 980 pesos con una media de 392.4 pesos por semana.

Tabla No. 5

Apego al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar

Apego al Tratamiento	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Las baciloscopias fueron negativas desde el 3er. mes.	67	83.8	13	16.3
Las baciloscopias fueron negativas al termino del tratamiento.	69	86.3	11	13.8
Se le practicaron baciloscopias antes y durante el tratamiento.	76	95.0	4	5.0
Al terminar su tratamiento dejo de expectorar.	60	75.0	20	25
Se le practicó rayos X de tórax para control de su enfermedad.	54	67.5	26	37.5
Durante su tratamiento fue visitado por el personal de salud.	54	67.5	26	37.5

Fuente: (ATBP)

N=80

En la tabla No. 5 se muestra que el 83.8 porciento tuvo baciloscopias negativas desde el tercer mes, un 86.3 al terminar su tratamiento presentó bacioloscopias negativas, el 95 porciento se le practicaron baciloscopias antes y durante el tratamiento, el 75.0 porciento dejó de expectorar al termino del tratamiento, el 67.5 porciento se le practicó rayos X de torax para control y un 67.5 porciento fue visitado por el personal de salud.

Tabla No. 6

Responsabilidad en Salud del Paciente con Tuberculosis Pulmonar

Responsabilidad en salud	Nunca (1)		A veces (2)		Frecuente mente (3)		Rutinaria mente (4)		Medias
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Acudo a la clínica cuando presento molestias.	5	6.3	36	45.0	20	25.0	19	23.8	2.66
2. Conozco los exámenes que tengo que hacerme para el control de la TBP	4	5.0	26	32.5	29	36.3	21	26.3	2.85
3. Leo libros sobre cuidados para promover mi salud	29	36.3	30	37.5	6	7.5	15	18.8	2.10
4. Busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el médico me recomienda.	34	42.5	18	22.5	14	17.5	14	17.5	2.10
5. Discuto con profesionales de salud mis inquietudes respecto al cuidado de mi salud	11	13.8	33	41.3	24	30.0	12	15.0	2.46
6. Conozco los resultados de los exámenes que me hacen para el control de la enfermedad	6	7.5	24	30.0	27	33.8	23	28.8	2.85
7. Asisto a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos.	40	50.0	18	22.5	15	18.8	7	8.8	1.86
8. Pido información con los profesionales de salud sobre como cuidarme bien.	15	18.8	30	37.5	21	26.3	14	17.5	2.42
9. Observo el menos cada mes mi cuerpo para buscar cambios físicos o señas de peligro.	5	6.3	32	40.0	25	31.3	18	22.5	2.70
10. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.	40	50.0	22	27.5	9	11.3	9	11.3	1.83

Fuente: (RS)

N=80

En la tabla No. 6 se puede observar que el 45 por ciento de los pacientes acudió a veces a la clínica cuando presentó molestias, el 36.3 por ciento conoce frecuentemente los exámenes de control, un 37.5 por ciento a veces lee libros o artículos para promover su salud, el 42.5 por ciento nunca buscó otra opción cuando no estaba de acuerdo con lo que el médico le recomendó, el 41.3 por ciento discutió con profesionales sus inquietudes respecto al cuidado de salud, el 33.8 por ciento frecuentemente conoce los resultados de los exámenes

que se hacen para el control de la enfermedad, el 50.0 por ciento nunca asiste a programas educativos, el 37.5 por ciento a veces pide información a los profesionales de salud de como cuidarse, el 40 por ciento a veces observa al menos cada mes su cuerpo y un 50 por ciento nunca asiste a programas educativos sobre el cuidado de su salud, las medias de cada uno de los items osciló entre 1.83 y 2.85.

4.3. Análisis de Correlación

Tabla No.7

Coeficiente de Correlación de Spearman entre Factores Personales Biológicos y el Apoyo Social

Factores Personales Biológicos	Apoyo Emocional	Apoyo Tangible
Edad	-0.426 p(.001)	-0.436 p(.001)
Indice de Masa Corporal	-0.271 p(.016)	-0.225 p(.047)
Días de Inicio del Tratamiento	-0.034 p(.765)	.023 p(.839)
Días de duración del tratamiento	.053 p(.644)	-0.019 p(.867)

Fuente Directa: (CDPTBP, NSSQ)

N=80

En la Tabla No. 7 se muestran las correlaciones obtenidas entre factores personales biológicos con el apoyo social; resultando correlaciones negativas significativas entre la edad con el apoyo emocional ($r_s = -.426$ $p < .001$). Entre la edad con el apoyo tangible ($r_s = -.436$ $p < .001$). De la misma forma se comportaron las correlaciones del IMC con apoyo emocional ($r_s = -.271$, $p = .016$), y el IMC con el apoyo tangible ($r_s = -.225$, $p = .047$).

Tabla No. 8

Coefficiente de Correlación de Spearman entre Factores Personales Biológicos y Apego al Tratamiento

Factores Personales	Apego al tratamiento	Significancia
Edad	.001	.995
Indice de Masa Corporal	-.076	.506
Días de inicio del tratamiento	-.045	.691
Días de duración del Tratamiento	-.224	.046

Fuente Directa: (CDPTBP, ATB y RS).

N=80

En la tabla No. 8 se muestran las correlaciones de los factores personales biológicos con el apego al tratamiento se encontró correlación

negativa significativa solo en el factor días de duración del tratamiento con el apego. ($r_s = -.224$, $p = .046$).

Tabla No. 9

Coefficiente de Correlación de Spearman entre los Factores Socioculturales y Apego al Tratamiento

Factores Personales	Apego al Tratamiento	Significancia
Estado Civil	.278	.014
Escolaridad	.228	.042
Ocupación	.073	.520
Nivel Socioeconómico	-.266	.017

Fuente Directa: (CDPTBP, ATB Y RS).

N=80

En la Tabla No. 9 se describe los resultados obtenidos al correlacionar los factores personales socioculturales con el apego al tratamiento mostró correlación significativa en tres factores Estado Civil ($r_s = .278$, $p = .014$), Escolaridad ($r_s = .228$, $p = .042$) y Nivel Socioeconómico ($r_s = -.266$, $p = .017$).

Tabla No. 10

Coefficiente de Correlación de Spearman de Factores Socioculturales y el Apoyo Social

Factores Socioculturales	Apoyo Emocional	Apoyo Tangible
Estado Civil	-.092 p(.395)	-.418 p(.240)
Escolaridad	.429 p(.001)	.396 p(.001)
Ocupación	-.137 p(.227)	-.156 p(.166)
Nivel Socioeconómico	-.091 p(.423)	-.088 p(.440)

Fuente Directa: (CDPTBP, NSSQ).

N=80

En la tabla No. 10 se describen las correlaciones entre factores socioculturales y el apoyo social. Se obtuvo correlación positiva significativa en el factor escolaridad con el apoyo emocional de ($r_s=.429$, $p<.001$), y la escolaridad con apoyo tangible ($r_s=.396$ $p<.001$).

4.4. Prueba de Hipótesis

Para probar las hipótesis se utilizaron los modelos de regresión lineal múltiple por ser estas de tipo predictivo (Polit 1996).

Hipótesis 1.- Los factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y término del tratamiento afectan el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Los resultados del modelo de regresión lineal múltiple se presenta a continuación:

Tabla No. 11

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Personales
Biológicos sobre el Apego al Tratamiento**

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F. Calculada	Valor de p.
Regresión	4	2083.71348	520.92837	1.38048	.2490
Residual	74	27924.03645	377.35184		

Fuente : (CDPTBP, ATB).

$R^2 = .016$

N=80

Al introducir la variable dependiente apego al tratamiento y la variable independiente factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y término del tratamiento se encontró que no existe significancia porque se obtuvo ($F_c = 1.38048$, $p = .2490$; $R^2 = .016$). Esto explica el efecto de los factores biológicos sobre el apego al tratamiento por lo que en base a estos resultados no se sustenta la hipótesis No. 1.

Hipótesis 2.- Los factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y término del tratamiento) afectan la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar. Se describe su prueba en la siguiente tabla.

Tabla No. 12

Modelo de Regresión Lineal Múltiple entre Factores Personales Biológicos y con Responsabilidad en Salud

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrado	Cuadrado medio	F. calculada	Valor de p.
Regresión	4	532.641	133.160	.309	871
Residual	74	31928.12	431.461		

Fuente : (CDPTBP, RS)

$R^2 = 016$

N=80

Al introducir la variable dependiente, responsabilidad en salud y la variable independiente factores personales biológicos (edad, índice de masa corporal, días de inicio y término del tratamiento), el modelo de regresión lineal múltiple no reportó significancia ($F_c = .309$, $p = 871$, $R^2 = .016$) lo que explica que no existe efecto de las variables independientes sobre la dependiente. En base a estos resultados la hipótesis 2 no se sustenta.

Hipótesis 3.- Los factores personales psicológicos (percepción del estado de salud), afecta el apego al tratamiento en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Se muestra en la siguiente tabla.

Tabla No. 13

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Personales Psicológicos sobre el Apego al Tratamiento

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F. Calculada	Valor de p.
Regresión	2	2171.558	1085.779	2.961	.058
Residual	77	28234.05	366.676		
Fuente (CPES, ATBP)				$R^2=.071$	N=80

Al introducir la variable dependiente apego al tratamiento y la variable independiente percepción del estado de salud, se encontró significancia ($F_c=2.961$, $p=.058$, $R^2=.071$) que explica el efecto de la percepción del estado de salud sobre el apego al tratamiento. En base a estos resultados se sustenta la hipótesis 3.

Tabla No. 14

Percepción del Estado de Salud

Percepción del Estado de Salud	M	D.E.	M.d.	Mín.	Max.
Estado funcional	55.7	14.6	54.1	25.0	85.4
Bienestar	76.2	30.1	90.6	0	100.0
Evaluación Global de la salud	40.6	15.8	35.0	10.0	85.0

Fuente: (CPES).

N=80

En la tabla No. 14 se muestrna las estadísticas descriptivas de la percepción del estado de salud de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Se observa que la media mayor fue percibida en el aspecto de bienestar 76.2 y la menor para el aspecto de evaluación global de la salud con una media de 40.6.

Hipótesis 4: Los factores personales psicológicos (percepción del estado de salud), afecta la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Tabla No. 15

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Psicológicos sobre
Responsabilidad en Salud**

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F. Calculada	Valor de p.
Regresión	2	951.401	475.700	1.162	.318
Residual	7	31517.49	409.318		

Fuente: (CPES, RS)

 $R^2=.029$

N=80

Al introducir la variable dependiente responsabilidad en salud y la variable independiente percepción del estado de salud no se encontró significancia ($F_c=1.162$, $p=.318$ y $R^2=.029$) por lo que no se explica el efecto de la percepción del estado de salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar con la responsabilidad en salud. En base a los resultados no se sustenta la hipótesis 4.

Hipótesis 5: Los factores personales socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), afectan el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Tabla No. 16

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple de Factores Socioculturales sobre el
Apego al Tratamiento**

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F. Calculada	Valor de p
Regresión	4	3974.728	993.682	2.820	.031
Residual	75	26430.88	352.412		
Fuente (CPS,ATBP)			$R^2=.131$		N=80

Al introducir la variable dependiente apego al tratamiento antituberculoso y la variable independiente factores socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) a través de este modelo se observó significancia ($F_c=2.820$, $p=.031$ y $R^2=.131$) por lo que se explica el efecto de los factores personales socioculturales sobre el apego al tratamiento del paciente con TBP. En base a los resultados se sustenta la hipótesis 5.

Tabla 17

Factores Socioculturales

Factores Socioculturales	M	Mediana	D.E.	Min.	Máximo
Nivel Socioeconómico	2.00	2.00	.76	1	3
Estado Civil	1.9	2.00	.87	1	3
Ocupación	3.58	3.00	2.34	1	6
Escolaridad	3.74	3.00	2.07	1	9

Fuente: (CDPTBP) N=80

En la Tabla No. 17 las estadísticas descriptivas mostraron en el nivel socioeconómico una media de 2.0, el estado civil una media de 1.9, la ocupación dió una media de 3.5 y la escolaridad una media de 3.7 años de estudio.

Hipótesis 6: Los factores personales socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), afectan la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Tabla No. 18

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple de los Factores Personales
Socioculturales sobre la Responsabilidad en Salud**

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	4	4263.214	1065.803	2.834	.030
Residual	75	28205.68	376.076		
Fuente: (CDPTB, RS)			$R^2=.131$	N=80	

Al introducir la variable dependiente responsabilidad en salud y la variable independiente factores personales socioculturales (estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico) a través del modelo se demostró significancia ($F_c=2.834$, $p=.030$, $R^2=.131$) lo que explica el efecto de los factores personales socioculturales sobre la responsabilidad en salud del paciente con TBP. De acuerdo a estos resultados se sustenta la hipótesis 6.

Hipótesis 7: El apoyo social (emocional y tangible), afecta el apego al tratamiento del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Tabla No. 19

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple del Apoyo Social sobre el Apego al
Tratamiento**

Fuente de variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F. Calculada	Valor de p.
Regresión	2	2780.471	1390.236	3.875	.025
Residual	77	27625.14	358.768		

Fuente : (NSSQ-ATBP)

 $R_2 = .091$

N=80

A través del modelo de regresión lineal múltiple se introdujo la variable dependiente apego al tratamiento antituberculoso y la variable apoyo social, siendo significativa esta relación ($F_c = 3.875$, $p = .025$, $R^2 = .091$) lo que explica que existe efecto del apoyo social sobre el apego al tratamiento. En base a los resultados se sustenta la hipótesis No. 7.

Tabla No. 20

Apoyo Social de la Población de Estudio

Apoyo Social	M.	Mediana	DE	Mín.	Max.
Apoyo emocional	1.4333	1.3958	.77073	.46	3.43
Apoyo Tangible	1.3990	1.3333	.6783	.50	3.25

Fuente: (NSSQ) N=80

La tabla No. 20 muestra el mismo comportamiento de las medias obtenidas en el apoyo social percibido por los pacientes con Tuberculosis Pulmonar para el apoyo emocional se obtuvo una media de 1.43 y para el apoyo tangible una media de 1.39.

Hipótesis 8: El apoyo social (emocional y tangible), afecta la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar.

Tabla No. 21

**Modelo de Regresión Lineal Múltiple del Apoyo Social sobre la
Responsabilidad en Salud**

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	2	493.558	246.778	594	.554
Residual	77	31975.33	415.264		
Fuente: (NSSQ, RS)				$R^2=.015$	N=80

Al introducir la variable dependiente responsabilidad en salud y la variable independiente apoyo social, no se encontró significancia ($F_c=.594$, $p=.554$ y $R^2=.015$). Por lo que no explica el efecto del apoyo social con la responsabilidad de paciente con TBP. En base a estos resultados, no se sustenta la hipótesis 8.

CAPITULO 5

5.1. Discusión.

En relación a los factores personales de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que se apegaron al tratamiento en cuanto a la edad media de ellos fue de 34.4 años, el 70 por ciento son del sexo masculino, la media de escolaridad en años cursados fue de 3.7, el nivel socioeconómico en mayor proporción correspondió al estrato medio bajo y bajo en un 42.5 y 28.8 por ciento respectivamente, el 45 por ciento están casados y el 55 por ciento solteros y divorciados, un 46.3 por ciento *no trabaja* y el resto son obreros y vendedores ambulantes, el ingreso económico reportó una media de \$392.4 pesos por semana y el índice de masa corporal dio una media de 21.01.

Los datos concuerdan con los resultados reportados por Casas (1996), Yañez (1994), Paz (1994), García (1998), y lo reportado por OPS/OMS (1998) en el sentido de que el perfil de la población afectada por esta enfermedad es característica de la pobreza y del desequilibrio que viven en los momentos del proceso de trabajo productivo-reproductivo que no les permite satisfacer sus *necesidades más básicas* con los ingresos económicos que perciben (Laurell, 1982).

En relación con el tiempo en días para concluir el tratamiento se obtuvo una media de 191.02 días con un rango de 95 días como mínimo y 30 días como máximo. Esto puede ser explicado por el esfuerzo conjunto que el Programa Binacional de Eliminación de la Tuberculosis Pulmonar que esta realizando en el área fronteriza, por otra parte esto coincide con lo propuesto por la norma oficial mexicana del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. (NOM-006-SSA2- 1993).

Es importante resaltar que la edad media de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar concuerda con lo señalado por Silva (1993) donde las mujeres jóvenes menores de 35 años completan más el tratamiento que las mayores de 35 años en pacientes con tratamiento en papanicolaou anormal y dispalsia cervical.

Respecto a los factores psicológicos se consideró la percepción del estado de salud como un concepto de importancia encontrándose que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que se apegaron al tratamiento perciben su estado de salud en relación con el bienestar, reportando una media de 76.2 sin dar importancia al estado funcional y a la evaluación global de la salud. Esto concuerda con lo reportado por Campa (1997) que obtuvo una media de 74.9 en cuidadores de pacientes con discapacidad motora, así mismo concuerda con Acevedo (1997) que obtuvo una media de 66.04 en mujeres adultas diabéticas, en relación con los datos obtenidos y la coincidencia con

los estudios citados no hay diferencia en cuanto a la percepción del estado de salud que existe en el paciente que se apega al tratamiento antituberculoso con otros pacientes que padecen o no una enfermedad crónica.

En relación al apoyo social se valoró a través del apoyo emocional y tangible; el apoyo emocional mostró una media de 1.43 un poco mayor que el apoyo tangible que fue de 1.39 estas medias coinciden con lo reportado por Norbeck (1982). En el estudio realizado en trabajadores adultos. Así también coincide Esparza (1999) y Bañuelos (1999) que estudiaron pacientes diabéticos tipo 2. Las posibles explicaciones de que el apoyo emocional sea mayor que el apoyo tangible radica en la situación cultural y socioeconómica de la población de estudio así mismo porque las personas que dan el apoyo son los familiares más cercanos que están en la misma situación socioeconómica del paciente y el apoyo tangible se refiere a la ayuda simbólica y material que puede recibir el paciente.

En cuanto a los datos obtenidos del apego al tratamiento antituberculoso el 86.3 por ciento de los pacientes reportaron baciloscopias negativas al término de su tratamiento esto coincide con lo estipulado por la norma mexicana del Programa de Prevención y Control de la tuberculosis pulmonar. Así mismo por las recomendaciones hechas por la OPS/OMS (1998) lo que significa que los pacientes atendidos en el Programa Binacional cumplen con lo establecido por las organismos nacionales, internacionales y

mundiales de salud. Así mismo de 75 por ciento dejó de expectorar al término del tratamiento, por otra parte el 67.5 por ciento fue visitado por el personal de salud esto no coincide con lo normado por el Programa Binacional ya que se estipula la visita domiciliaria debe ser en forma diaria por las enfermeras de asistencia social para otorgar la terapia antituberculosa así como educación e información en salud.

En relación a la responsabilidad en salud se obtuvieron medias de 1.83 a 2.85 de un rango de 1 a 4 lo que explica que el paciente con Tuberculosis Pulmonar que se apegó al tratamiento no se responsabiliza totalmente de su salud observándose mayor debilidad en la asistencia a programas educativos sobre el mejoramiento del ambiente y sobre el cuidado de la salud personal.

Con respecto a las relaciones postuladas en el MPS (1996) de que los factores personales influyen en los factores interpersonales (apoyo social) y que estos predicen en forma directa o indirecta la conducta específica. Se mostró correlación positiva significativa de la escolaridad con el apoyo social ($r_s=.429$ $p<.01$) emocional y tangible ($r_s=.396$ $p<.01$) de esta misma forma el estado civil ($r_s=.278$ $p=.01$), escolaridad ($r_s=.228$ $p=.04$) y nivel socioeconómico ($r_s=-.266$ $p=.01$) mostró relación positiva significativa con la conducta específica de apego al tratamiento, esto de alguna forma aprueba lo postulado por Pender (1996).

Por otra parte se obtuvieron correlaciones negativas significativas entre la edad ($r_s = -.426$ $p < .001$) y el IMC ($r_s = -.271$ $p < .01$) con el apoyo social, lo que significa que la edad y el IMC actúan inversamente a lo esperado esto de alguna manera lo refiere Pender (1996) quien señala que no todas las características personales se relacionan directamente con las cogniciones y afectos de la conducta en forma sistemática si no que la relación dependerá de la conducta objetivo, esto coincide con lo reportado por Carmona (1998) y Bañuelos (1999) que estudiaron adultos diabéticos tipo 2 los que mostraron correlaciones positivas significativas entre apoyo social y apego al tratamiento o responsabilidad en salud.

Salazar (1996) y Rodríguez (1996) en los resultados de sus investigaciones reportaron relaciones significativas entre algunos factores personales con la conducta esperada Promotora de Salud por lo que se aprueban algunos de los postulados del MPS Pender (1996) con los resultados obtenidos en este estudio.

Al analizar las variables que presentaron efecto sobre el apego al tratamiento y la responsabilidad en salud del paciente con Tuberculosis Pulmonar se encontró que los factores personales psicológicos medidos a través de la percepción del estado de salud tienen un efecto significativo con el apego al tratamiento. ($F = 2.961$, $P = .05$ $R^2 = .071$) esto puede tener su explicación en la percepción del estado de salud que tiene el paciente con Tuberculosis Pulmonar

influenciado por el personal de salud del "Programa Binacional Los Dos Laredos" se manifestó en mayor parte por el bienestar que percibe el paciente durante el tratamiento.

Estos datos coinciden de alguna forma con lo reportado por Durán (1989) donde mostró que la percepción de salud de la mujer influye en la prevención y control de la displasia cervical. Así mismo Campa (1997) reportó la influencia de la percepción del estado de salud con las capacidades de autocuidado en cuidadores de pacientes con discapacidad motora, Rodríguez (1996) por su parte reportó que la percepción del estado de salud influye directamente en las conductas promotoras de salud en adultos jóvenes universitarios.

La variable factores socioculturales mostraron un efecto significativo con el apego al tratamiento ($F_c=2.820$, $p=.03$ $R^2=.131$) donde solo el nivel socioeconómico fue el significativo ($p=.04$) con una media de 2.0 de un rango mínimo de 1 y máximo de 2, lo que explica que mayor escolaridad puede haber mayor efecto en el apego al tratamiento esto de alguna forma coincide con lo reportado por Salazar (1996) donde los factores personales, beneficios percibidos, escolaridad, nivel socioeconómico influyen en la conducta promotora de salud de la familia y la propia ($p<.05$) con una media entre 30.1 y 47.9 esto prueba algunos postulados de Pender (1996) donde describe que la escolaridad es un factor personal que influye en la adopción de conductas específicas de salud. De esta misma forma se encontró efecto significativo entre los factores socioculturales y la

responsabilidad en salud con mayor peso en el factor nivel socioeconómico esto fue coincidente por lo reportado por Carmona (1998).

Al analizar el efecto del apoyo social con el índice de apego al tratamiento se encontró que éste fue significativo ($F_c=3.875$ $p=.02$ $R^2=.091$) para el apoyo emocional ($p=.03$) y el apoyo tangible ($p=.01$) estos datos coinciden con lo reportado por Bañuelos (1999) que reporta una variación explicada del 12 por ciento entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, así mismo coincide con otros estudios tales como el de Carmona (1998) que estudió pacientes diabéticos tipo 2 y reportó la influencia del apoyo en la conducta promotora de responsabilidad en salud, por su parte González (1995) demostró que el apoyo familiar es significativo para que el paciente diabético se mantuviera controlado y evitara complicaciones Silva (1993) reportó que el apoyo que se recibe del esposo o compañero influyo en la decisión de la mujer por practicarse el papanicolaou. Stewart (1991) señala que el apoyo emocional es la categoría más importante a través del cual el apoyo percibido es llevado por otros, por su parte Norbeck (1981) postula que el apoyo emocional y tangible representan un factor importante para que las personas se mantengan motivadas para emprender acciones en favor de su salud.

De acuerdo al MPS (1996) los resultados de este estudio afirman algunos postulados que la autora señala tales como que el apoyo social es un proceso interpersonal que afecta la predisposición de los individuos para realizar conductas

promotoras de salud, que las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de salud en forma directa o indirecta a través de presiones sociales o estímulo para comprometerse con un plan de acción y que los individuos tienden a realizar conductas por las cuales serán admirados y reforzados socialmente.

5.2. Conclusiones.

Las contribuciones del estudio permitieron predecir las relaciones de los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996) de la manera siguiente:

Los factores personales tienen relación con las influencias interpersonales y éstos en el resultado conductual.

Los factores personales se relacionan con el apoyo social y este tiene un efecto significativo con la conducta promotora en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

El estado civil, escolaridad y el nivel socioeconómico se relaciona y tienen un efecto significativo con el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar.

La escolaridad se relaciona con el apoyo social en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar

La percepción del estado de salud del paciente con TBP tiene un efecto sobre la conducta promotora esperada (apego al tratamiento antituberculoso y sobre el estilo de vida de responsabilidad en salud).

El apoyo social tiene un efecto significativo con la conducta esperada de apego al tratamiento en los pacientes con TBP.

La consistencia interna de los instrumentos utilizados fueron aceptables se obtuvieron a través del coeficiente alpha de Cronbach de .75 para la escala total de estado de salud (CPES), .99 para el cuestionario apoyo social de Norbeck (NSSQ) .56, el cuestionario de apego al tratamiento (ATBP) y .81 para el cuestionario responsabilidad en salud (RS), Pender (1987).

5.3. Recomendaciones.

- Profundizar en el estudio de factores personales biológicos con otras mediciones biofisiológicas.
- Realizar estudios comparativos en pacientes con otras enfermedades crónicas que están apegadas a los tratamientos y ampliar las contribuciones del modelo de promoción de la salud en la práctica con la enfermería comunitaria.

- Aplicar y probar en otras poblaciones el instrumento de apego al tratamiento para aumentar la consistencia interna y validez de constructo dada su trascendencia social.
- Considerar la tuberculosis pulmonar como una línea de investigación en el cual se deriven otros estudios y probar en etapas los conceptos propuestos en el Modelo de Promoción de la Salud. (Pender 1996)
- Diseñar estudios de Intervención donde se utilice el apoyo social para medir su efecto predictivo.
- Replicar el estudio en forma comparativa en el grupo de pacientes que tuvieron éxito y los que no lo tuvieron.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alonso, Castillo, M. (1993). Estilos de Vida y Usos de Servicios de Salud. Tesis inédita con opción al grado de Maestría en Salud Pública con Especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.
- Bandura, A. (1986). Self-Efficacy Social Foundation Goundation of Thought and Action Englewood Oliff. Frentice Hall New Jersey., pp. 399-453.
- Bañuelos Barrera Y. (1999) Conductas Promotoras de Salud en Adultos con Diabetes tipo 2 Tesis para obtener de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.
- Campa Magallón T. (1997). Calidad de los Cuidadores de Pacientes con Displasia Motora Tesis inédita Universidad Autónoma de Nuevo León., Facultad de Enfermería.
- Carmona, et.al. (1998). Relación de Factores Personales e influencias interpersonales con estilos Vida en Pacientes Diabeticos Tipo II. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.
- Casas, García, S. (1996). Perfil Sociocultural del Paciente Tuberculoso. Revista Medica del IMSS, México, D.F., pp. 229-232.
- Cassel, J. (1976). The Contribution of The Social Environment to Host Resistance. American Journal of Epidemiology. 104: 107-123 Agosto.
- Cobb, S. (1996) Social Support as a Moderator of Life Stress Psychosom. Med. 38: 300-314, sep/oct.
- Duran López R. (1990) Sociocultura en la prevención y control de displasia cervical. Tesis para opción al grado de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, Monterrey.
- Flores,Peña G.(1995). Resistencia a los antifimicos en pacientes con tuberculosis pulmonar en la clínica "Agosto 12" 1993-1994 en Nuevo Laredo Tamaulipas. Trabajo para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, Nuevo Laredo Tamaulipas.
- Foreing, A. (1993). Recomendation for Preventuim and Control or Tuberculosis. Atlanta, Georgia. Vol. 47. Norr 16.

- Frenk, J. Lozano, R., González-Block. (1994). Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México-Visión de conjunto, Fundación Mexicana de Salud (FUNSALUD), Informe Oficial, México, D.F., pp. 25-55.
- Gallegos, E. (1993). Enfermería Comunitaria Aplicación de Modelo La Comunidad como Cliente. W.K. Kellogg. Monterrey, N.L., pp. 52-66.
- García, García, M.A.(1998). Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en Jurisdicciones Sanitarias de Morelos. Salud Pública. Vol. 40, No. 5. México, D.F. , pp. 1-14.
- González R.(1995) Percepción del Apoyo Familiar por el Adulto con Diabetes. Tesis Inédita Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería.
- House, J. And Kahp (1981). Measures and concepts of social support. Social Support and health. Orlando Academic pp.83-108.
- Kaplan, Killiliea(1976), Rocco (1980), Pilisuk(1982) Citado por Porerson V. (1985).Aspectos de Conceptualización y Medición del Apoyo Social en la Contrucción de la Teoría de Enfermería. Reserch in Nursing and Health., pp. 199-206.
- Laurell, A. C. El carácter social del proceso de salud enfermedad y su relación con el Proceso de trabajo. Vida y Muerte del Mexicano. Tomo I. Primera edición México D. F. Folios Ediciones 1982 pp 189 - 217.
- Martínez, et.al. (1982). Investigación experimental: Factores que influyen en el habandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. Revista Médica del IMSS, México, D.F., pp. 667-675.
- Norbeck, J., Lindsey A., Carrier, V. (1981). The developmen of a instrument to Measure Social Support. Nursing Research, Vol. 30, No. 5. Traducido Monterrey, N.L. 1998. pp. 264-269.
- Norma Oficial de la Federación. Enero 26. México, D.F. Sector Salud (1996). Manual de Procedimientos, Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Sector Salud, México, D.F.
- OPS (1998). El Control de la Tuberculosis en la Américas. Boletín epidemiológico, Vol. 19, No. 2, pp. 1-8.
- Paz ,Morales, M.A. (1994). Creencias de Salud en el Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Adultos. Tesis inédita de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.

- Pender, Nola(1996). Modelo Promoción de la Salud, Health Promotion Norving Practice. 3a. Ed. Conecticut: Appleton Lang, traducido Monterrey, N.L. Febrero 1997., pp. 51-75.
- Peterson Tiden V. 1985 Aspectos de Conceptualización y Medición del Apoyo Social; En la Construcción de teoría de Enfermería, *Research in Nursing and health* 8, 199-206.
- Polit, Denise F.(1996). Investigación Científica de la Salud. 5a. Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. México, D.F.
- Proyecto Binacional de Eliminación de la Tuberculosis en la Frontera de México y Texas "Los Dos Laredos", Nuevo Laredo 1993.
- Rodríguez Alonso E.L. (1996) Conocimientos y Percepciones de Salud de adultos,jóvenes, en relación con su estilo de vida. Tesis inédita, UANL, Facultad
- Ronquillo Gudez R. (1992) Apoyo Percibido sobre paciente Hipertenso para que realice acciones. Tesis para obtener el grado de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N. L., México, Facultad de Enfermería.
- Rosenstock, I. Becker, M. (1988). Social Leraning Theory and the Healt Belif Health Educacion. New Jersey. Vol. 15.
- Said, Díaz. (1996). Tuberculosis aspectos epidemiológicos de la tuberculosis en tres delegaciones de la Región Norte del IMSS. *Revista de Investigación Médica de la Secretaría de Salud, México*, Vol. 1, No.1, pp. 39-44.
- Salazar Aguilar C. (1996) Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia. Tesis inédita, UANL, Facultad de Enfermería.
- Secretaría de Salud (1993) Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de enero de 1995. México, D.F.
- Secretaría de Salud (1995). Subsecretaría de Salud Dirección General de Medicina Preventiva.
- Sarason, I y Sarason, B *Stressful Life Events*(1995) Measurement Moderatrors and Adaptation, De, Burchfied, Washington, D.C.
- Silva L. et.al. (1992). Factores Socioculturales que influyen en la Prevención y Control del Tratamiento de la Displacia Cervical. Investigación paralelas Universidad de Texas Medica Brach Galveston, Texas y Universidad Autónoma de Nuevo León. , Monterrey, N.L. , México.

- Silva Luna D. (1993) Factores relacionados con la aplicación del tratamiento en pacientes anormal y en la displacia cervical. Investigación colaboración a la Universidad de Texas Medical Branch, en Galveston Texas U.S.A. Universidad de Nuevo León, Monterrey 1993.
- Stewart Anita L. (1988) The Mos Short-Form General Health Survey vol.26 No. 7. Department of Behavioral Sciences, The Rand (Corporation, Santa Monica California.
- Stewart Anita L. (1989) Social Support Instruments Created by Nurse investigators Nursing Research September 7/ October Vol. 38 No. 5 pp.268 - 275.
- Valdovinos, Chavez, S. (1996). Tuberculosis y Droqpresistencia. Rev. Inv. Medica del IMSS. Vol. 2., México, D.F.
- Yañez, Guajardo. (1994). Abandono del Tratamiento Antituberculoso en los Municipios de Guadalupe, Apodaca, y Juarez, N.L. Tesis inedita que en opinion el grado de Maestría en Salud Pública con especialidad en Enfermería Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

APÉNDICES

APENDICE A

CEDULA DE DATOS PERSONALES PARA PACIENTES TRATADOS CON DIAGNOSTICO DE TBP (C.D.P.T.B.P.).

FICHA DE IDENTIFICACION

No. de encuesta _____

Nombre _____

Domicilio _____ Col. _____

I. Factores personales biológicos.

1. Edad en años cumplidos _____

2. Sexo 1. Masculino 2. Femenino

3. IMC: _____ Peso _____ Talla _____

1.- Grado 0 (29-24.9)

3.- Grado 2 (30-34)

2.- Grado 1 (25-29.9)

4.- Grado 3 (< 40)

II. FACTORES PERSONALES SOCIOCULTURALES

6. Estado civil _____

1. Soltero 2. Casado 3. Separado-Divorciado

7. Nivel socioeconómico _____

1. Medio

2. Medio Bajo

3. Bajo

8. Ingreso económico semanal _____

1. -1 mínimo

4. 4 mínimos

2. 2 mínimos

5. Mas de 5 mínimos

3. 3 mínimos

6. Sin salario fijo

APENDICE B

PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD.

Identificación: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y marque la respuesta que refleja su percepción actual sobre cada aspecto que se pregunta. No hay respuestas incorrectas o correctas, por lo tanto no se detenga demasiado tiempo en buscarlas, sólo exprese su pensamiento sobre el particular.

- I. En cada una de las siguiente preguntas, marque el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se sintió durante el tratamiento antituberculoso.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1. Durante el tiempo del tratamiento que ha recibido ¿Cuánto tiempo se vio limitada en sus actividades sociales por motivos de salud? (por ejemplo para visitar a sus amigos o familiares	1	2	3	4	5	6

cercanos)

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
2. Durante el tiempo del tratamiento. ¿Cuanto tiempo fue Usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cuánto tiempo fue Usted una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4. Durante el tiempo que duró el tratamiento. ¿Cuánto tiempo se sintió Usted desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
5. Durante el tiempo que duró el tratamiento. ¿Cuánto tiempo fue Usted una persona muy feliz?	1	2	3	4	5	6
6. Durante el tiempo que duró el tratamiento. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado(a) que nada podía animarlo(a)?	1	2	3	4	5	6

II. Por cuánto tiempo duró el tratamiento (si así ha sucedido) su estado de salud le limitó en las siguientes actividades?

	Limitada más de 3 meses	por 3	Limitada por 3 meses o menos	Sin limitaciones
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usualmente puede Usted realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes que lo agotan.	1		2	3
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usualmente puede Usted hacer como mover una cosa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1		2	3
9. Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	1		2	3
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hacia el suelo.	1		2	3
11. Caminar una cuadra.	1		2	3
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1		2	3

13. ¿Su salud le impidió durante el tratamiento tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?

1. Sí, por más de tres meses.
2. Sí, por tres meses o menos.
3. No.

14. ¿Le fue imposible durante el tratamiento hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?

1. Sí, por más de tres meses.
2. Sí, por tres meses o menos.
3. No.

III. Por favor señale el número (1 a 5) que describa mejor durante el tratamiento, cada una de las siguientes afirmaciones la considera verdadera o falsa para Usted.

		Definitiv amente verdade- ro	La mayoría de veces es verdadero	No estoy seguro es	La mayoría de veces es falso	Definitiv amente falso
15.	Estaba algo enfermo.	1	2	3	4	5
16.	Estaba tan saludable como cualquier persona que conozco	1	2	3	4	5
17.	Mi salud era excelente.	1	2	3	4	5
18.	Me sentía mal recientemente.					

19. En general diría Usted que su salud erá:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Deficiente

20. ¿Qué tanto dolor experimentó Usted en cualquier parte de su cuerpo durante el tiempo que recibió el tratamiento?

1. Ninguno
2. Muy leve
3. Leve
4. Demorado
5. Severo

APENDICE C

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE NORBECK

NSSQ

Favor de leer todas las instrucciones antes de empezar a llenar el cuestionario.

Pedir de favor al paciente que liste cada una de las personas significativas en su vida y que le dieron apoyo personal durante la fase del tratamiento antituberculoso.

Use solo el primer nombre o las iniciales y a la derecha anote la relación que existe y encierre en un círculo el número correspondiente al apoyo recibido.

Ejemplo

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. L.R.	Sacerdote	1	2	3	4	5
2. Martín	Hermano	1	2	3	4	5
3. María	Esposa	1	2	3	4	5
4. Francisco	Amigo	1	2	3	4	5
5. Enf. J.M.	Proveedora de cuidados	1	2	3	4	5

Use la siguiente lista para que le ayude a pensar sobre las personas importantes para el paciente que apliquen al caso y revise las claves para encerrar el número que corresponda a la respuesta que da el paciente.

Esposo (a) padres

Miembros de la familia, parientes, amigos

Asociación de trabajo o escuela, grupos

Vecinos

Proveedores de cuidados

Consejeros, terapistas

Ministros, sacerdotes, rabinos

Otros

Claves para calificar el apoyo social

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. (N) Nunca | 4. (B) Bastante |
| 2. (UP) Un Poco | 5. (MU) Mucho |
| 3. (MO) Moderadamente | |

I. INICIE CON LAS SIGUIENTE PREGUNTAS TOMANDO EN CUENTA LAS INSTRUCCIONES RECIBIDAS.

1. Cuánto te hizo sentir querido o agusto esta persona?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5
4. _____	_____	1	2	3	4	5
5. _____	_____	1	2	3	4	5
6. _____	_____	1	2	3	4	5

2. Cuánto hizo esta persona para que te sintieras respetado o admirado?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5

4. _____ 1 2 3 4 5
5. _____ 1 2 3 4 5

3. Cuánto confió Usted en esta persona?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5
4. _____	_____	1	2	3	4	5
5. _____	_____	1	2	3	4	5
6. _____	_____	1	2	3	4	5

4. Cuánto le apoyó o estuvo de acuerdo con sus acciones y pensamientos esa persona?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5
4. _____	_____	1	2	3	4	5
5. _____	_____	1	2	3	4	5
6. _____	_____	1	2	3	4	5

5. Si necesitaste un préstamo para ir al médico o para resolver un problema cuánto confiaste en la ayuda que te pudo proporcionar estas personas?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5
4. _____	_____	1	2	3	4	5
5. _____	_____	1	2	3	4	5
6. _____	_____	1	2	3	4	5

6. Si tuviste que permanecer en cama por varias semanas cuánto ayuda pudiste recibir de esta persona?

<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>N</u>	<u>UP</u>	<u>MO</u>	<u>B</u>	<u>MU</u>
1. _____	_____	1	2	3	4	5
2. _____	_____	1	2	3	4	5
3. _____	_____	1	2	3	4	5
4. _____	_____	1	2	3	4	5
5. _____	_____	1	2	3	4	5
6. _____	_____	1	2	3	4	5

7. Desde cuándo conoce a esta persona?

1= menos de 6 meses
4= 2 a 5 años

2= de 6 a 12 meses
5= mas de 5 años

3= 1 a 2 años

Primer nombre o iniciales**Relación****Tiempo**

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

8. Con qué frecuencia se comunicó con esta persona (llamadas por teléfono, visitas, cartas).

Frecuencia

- | | |
|---------------------------|-----------------|
| 1. Una vez al año o menos | 4. Semanalmente |
| 2. Algunas veces al año | 5. Diariamente |
| 3. Mensualmente | |

Primer nombre o iniciales**Relación****Frecuencia**

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

9. Durante el año pasado, perdiste alguna relación importante debido a cambios en tu lugar de residencia, cambio de trabajo, divorcio, separación, muerte o por alguna otra razón.

_____ 1= Sí

_____ 2= No

10. Por favor indique de cada categoría, quiénes ahora no están disponibles para Usted.

_____ Esposo (a) padres

_____ Miembros de la familia, parientes

_____ Amigos

_____ Asociaciones de la escuela o trabajo

_____ Vecinos

_____ Proveedores de cuidados de la salud

_____ Consejeros o terapeutas

_____ Ministros, sacerdotes, rabinos

_____ Otros (especifique) _____

11. De una forma general cuanto apoyo le fue dado por estas personas que ahora no están disponibles para Usted?

1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Completamente

	<u>Primer nombre o iniciales</u>	<u>Relación</u>	<u>Apoyo</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

1. Si 2. No

10. Actualmente expectora. _____

1. Si 2. No

11. Tiene algunas molestias que presentaba cuando estaba enfermo y estaba en tratamiento. _____

1. Si 2. No

Cuáles molestias _____

12. Durante el tratamiento fue visitado por el personal de salud. _____

1. Si 2. No

Por quién _____

13. Se le practicó Raxos X de Tórax para el control de la enfermedad.

1. Si 2. No _____

14. Al terminar su tratamiento dejó de expectorar.

1. Si 2. No _____

15. Al terminar su tratamiento desaparecieron sus molestias.

1. Si 2. No _____

II. RESPONSABILIDAD EN SALUD.

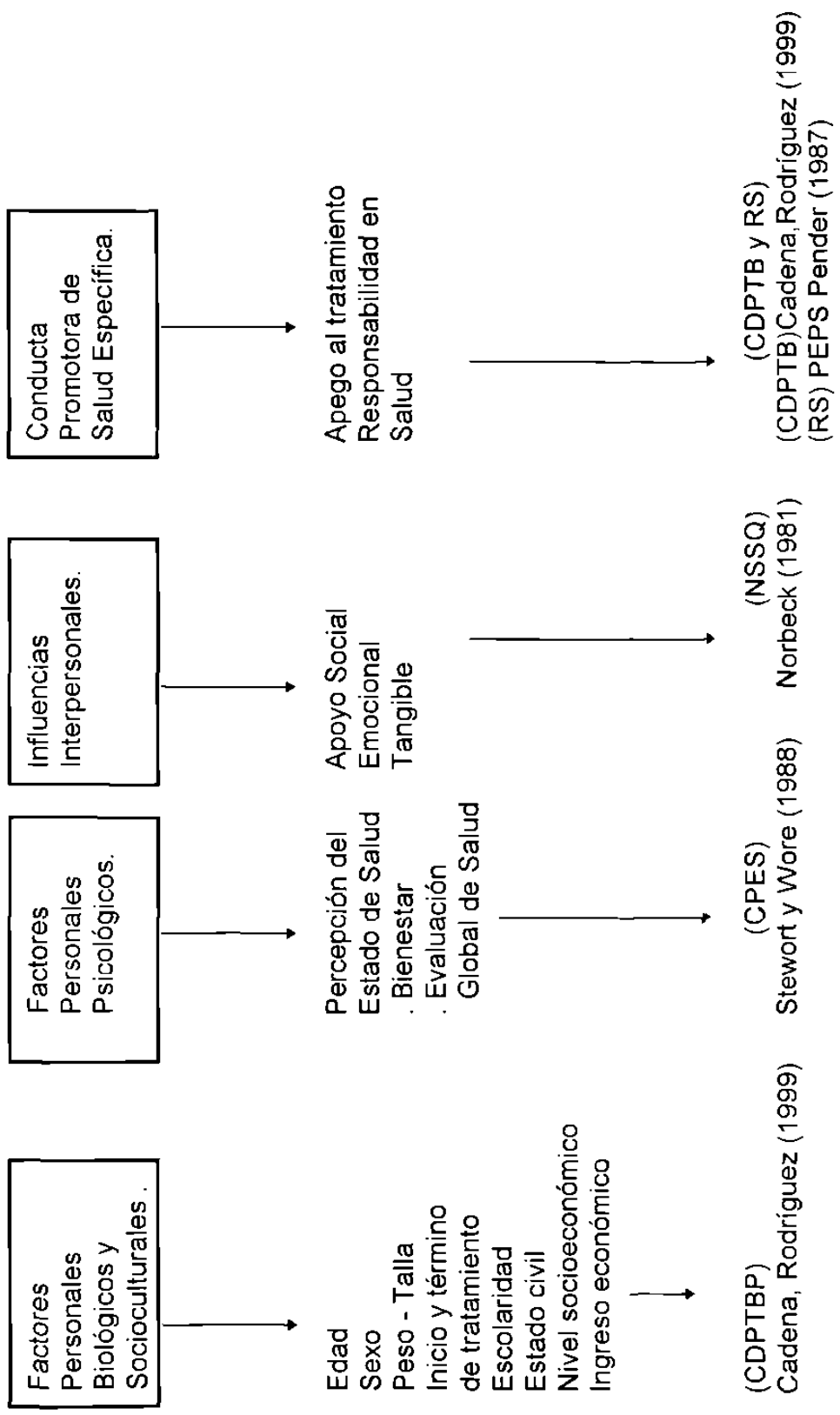
INSTRUCCIONES: Esta parte del cuestionario contiene frases que corresponden a el modo en que Usted vive actualmente, o a los hábitos personales. Favor de responder a cada frase en la manera mas exacta posible y tratar de no dejar ninguno son contestar, indique la frecuencia con que Usted llevará a cabo cada acto mencionado, circundando la letra que mejor corresponda.

(1) N= Nunca (2) V= A veces: (3) F= Frecuentemente
(4) R= Rutinariamente

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Acudo a la clínica de salud cuando presento molestias | N V F R |
| 2. Conosco los exámenes que tengo que hacerme para el control de la TBP. | N V F R
N V F R |
| 3. Leo libros o artículos sobre cuidados para promover mi salud. | |
| 4. Busco otra opción cuando no estoy de acuerdo con lo que el médico me recomienda. | N V F R |
| 5. Discuto con profesionales de salud mis inquietudes, respecto al cuidado de mi salud. | N V F R |
| 6. Conozco los resultados de los exámenes que me hacen para el control de la enfermedad. | N V F R |
| 7. Asistió a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos. | N V F R
N V F R |
| 8. Pido información a los profesionales de salud sobre como cuidarme bien. | N V F R |
| 9. Observo al menos cada mes mi cuerpo para buscar cambios físicos o señas de peligro. | N V F R |
| 10. Asistió a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal. | |

APÉNDICE E

ESQUEMA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO.



RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Francisco Cadena Santos

Maestría en Enfermería

con Especialidad en Salud Comunitaria

**Tesis: APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR EN LA CIUDAD DE NUEVO LAREDO TAMAULIPAS**

Campo de Estudio: Enfermería en Salud Comunitaria

Bibliografía:

Datos Personales: Nacido en la Ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas el 3 de Febrero de 1958, hijo de Emilio Cadena Salazar e Irene Santos Espinoza.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Tamaulipas grado obtenido Licenciatura en Enfermería 1985 y 1996 el grado de Maestría en Docencia en Educación Superior.

Experiencia Profesional: Servicio Social en Quesería Colima, en un IMSS T-3, *Enfermero General del IMSS desde 1981 y Enfermero Especialista en ISSSTE desde 1980*, Docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas desde 1984 a la fecha con las mismas funciones.

