

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR**

Por

LIC. ALICIA LOPEZ BECERRA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

DICIEMBRE, 2001

FM
RC311
E 16

APR 1950
ALL TREATAMENTS CON-
FERRED TO PATIENTS

A. L. B.

DIC
TUBERCULOSIS
PULMONARY

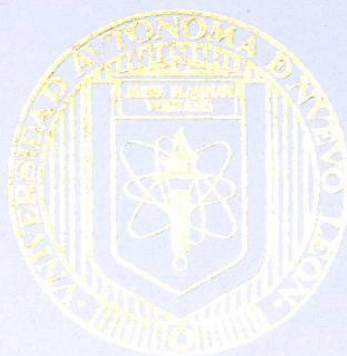


1080113415

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR

Por

LIC. ALICIA LOPEZ BECERRA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2001

RC311

LG

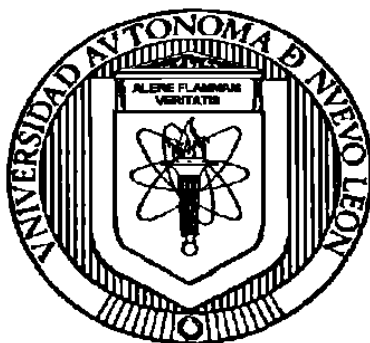
,



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR**

Por

LIC. ALICIA LOPEZ BECERRA

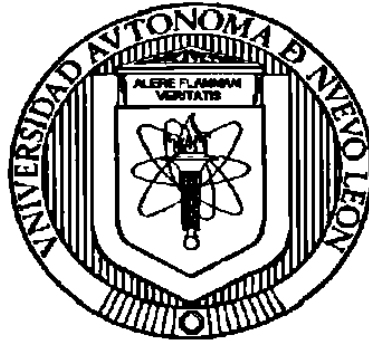
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Diciembre, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR**

Por

LIC. ALICIA LOPEZ BECERRA

**Director de Tesis
MSP. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR**

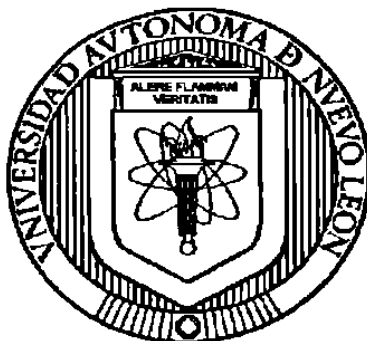
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Diciembre, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR**

Por

LIC. ALICIA LOPEZ BECERRA

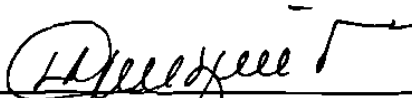
**Asesor Estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD**

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

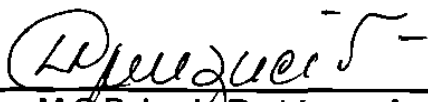
Diciembre, 2001

**APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR**

Aprobación de Tesis




M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Director de Tesis



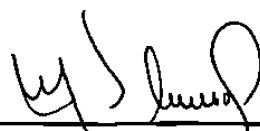
M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Presidente



Bertha Cecilia Salazar González Ph D
Secretario



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
SubDirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a los directivos de las diferentes Instituciones de Salud en Minatitlán y Coatzacoalcos, Veracruz que brindaron las facilidades para la realización del presente trabajo: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado, Hospital Regional de Petróleos Mexicanos.

Con respeto y admiración al M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar por su atinada y paciente asesoría que me permite concluir con esta meta.

A Marco Vinicio Gómez Meza Ph D por su asesoría estadística.

A mis Maestros que favorecieron educarme para la vida, particularmente por el ejemplo de su desempeño en la investigación. De manera especial a la MSP Magdalena Alonso Castillo, Bertha Cecilia Salazar González Ph D, Esther Gallegos Ph D, ME Ma. Del Refugio Durán López, quienes aportaron su valiosa expertés en la revisión del presente estudio.

A la Lic. Manuela Téllez Zarate por la dinámica y acertada labor para la implementación de la maestría con modalidad a distancia.

Al Dr. Leoncio M. Rodríguez Guzmán por el interés y apoyo en la realización del presente estudio.

A Yolanda Pavón Vinales, Janet Carrera Luis y Eva María Jiménez López por su invaluable colaboración en este trabajo.

A la Familia Oliva Rodríguez por la calidez de su hospitalidad, especialmente por la amistad y el afecto.

A mis compañeras de trabajo por el ánimo que me brindaron con sus comentarios de apoyo.

DEDICATORIAS

Señor, recibe el presente trabajo, fruto del esfuerzo realizado durante la maestría y concluido de acuerdo a mi capacidad humana. Te amo.

A mis padres Timoteo López Quezada y María de Jesús Becerra Ramírez ^(*) con mi afecto, agradecimiento y admiración.

A mis hermanos: Alejandro, María Cristina y Fernando quienes han favorecido mi formación profesional con su apoyo incondicional.

A mis Sobrinos. Alma Aleana, Víctor Hugo, Cristian José y Jocelin con el deseo de leer la de Ustedes.

A la amiga de tantos años Dolores Galván Martínez quien a pesar de la distancia geográfica a permanecido cerca en los momentos más importantes.

A mis compañeras de generación con quienes compartí la experiencia de caminar hacia el cuestionamiento científico

Tabla de contenido

Capítulo I	Página
Introducción	1
Marco teórico	2
Estudios Relacionados	4
Definición de términos	6
Hipótesis	7
Capítulo II	
Metodología	8
Diseño de Investigación	8
Población de Estudio	8
Plan de Muestreo y Muestra	8
Criterios de inclusión	8
Criterios de Exclusión	8
Instrumentos	8
Cédula Individual de Factores Personales	
Biológicos y Socioculturales	9
Forma Abreviada de Encuesta de Salud General	9
Cuestionario de Apoyo Social	10
Procedimiento	11
Consideraciones Éticas	12
Análisis de Resultados	13
Capítulo III	
Resultados	14
Confiability de los Instrumentos	14

Datos de los Factores Personales Biológicos y socioculturales	17
Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov	17
Correlación entre Variables de Estudio	18
Prueba de hipótesis	19
Capítulo IV	
Discusión	25
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Bibliografía	30
Apéndices	34
A Modelo de Promoción de la Salud	36
B Estructura conceptual teórica empírica para el estudio apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar	38
C Cédula de factores personales biológicos y socioculturales	40
D Forma abreviada de encuesta de salud general (MOS)	42
E Cuestionario de apoyo social (NSSQ)	45
F Cuestionario de apego al tratamiento	47
G Consentimiento informado	49
H Escala gráfica para encuesta de salud general (MOS)	51
I Escala gráfica para el cuestionario de apoyo social (NSSQ)	53

Lista de Tablas

1	Coeficiente Alpha de Cronbach de la encuesta forma abreviada de salud general (MOS)	14
2	Coeficiente Alpha de Cronbach del cuestionario apoyo social (NSSQ)	15
3	Coeficiente Alpha de Cronbach del cuestionario de apego al tratamiento (CATBP)	15
4	Distribución de frecuencias de los factores personales biológicos y socioculturales	16
5	Datos descriptivos de los factores personales biológicos y socioculturales	17
6	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables percepción del estado de salud, apoyo social y apego al tratamiento	17
7	Matriz de correlación de Pearson de los factores personales biológicos y socioculturales, percepción del estado de salud, apoyo social y apego al tratamiento	18
8	Regresión lineal simple de la edad con el apego al tratamiento del paciente con TBP	19
9	Regresión lineal múltiple de los factores personales socioculturales (estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico) con el apego al tratamiento del paciente con TBP	20
10	Efecto del estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico con el apego al tratamiento del paciente con TBP	21
11	Regresión lineal simple de la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento	22
12	Regresión lineal simple de la percepción del apoyo social	

	sobre el apego al tratamiento	22
13	Regresión lineal múltiple de la percepción del estado de salud y el apoyo social con el apego al tratamiento	23
14	Efecto de la percepción del estado de salud y el apoyo social con el apego al tratamiento	24

Lista de figuras

Figura		Página
1	Gráfica de dispersión de las variables edad en años cumplidos y apego al tratamiento de TBP	20
2	Gráfica de dispersión de las variables escolaridad y apego al tratamiento de TBP	21
3	Gráfica de dispersión de las variables de apoyo social y apego al tratamiento de TBP	23

RESUMEN

Alicia López Becerra

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: Apego al Tratamiento en Pacientes
con Tuberculosis Pulmonar**

Número de páginas: 53

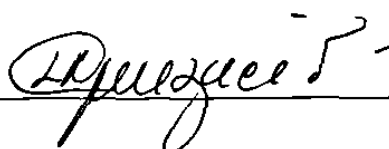
**Candidato para el grado de Maestría
en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria**

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue determinar la relación y el efecto de los factores personales, la percepción del estado de salud y el apoyo social con el apego al tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar. El estudio fue realizado bajo la perspectiva teórica del Modelo Promoción de la Salud (MPS) Pender (1996). El tipo de estudio fue descriptivo y el muestreo no probabilístico en la serie del tiempo con un nivel de confianza de 95% y error estimado .05. Los instrumentos utilizados mostraron consistencia interna aceptable arriba de .88.

Contribución y Conclusiones: Los resultados obtenidos permitieron verificar algunas relaciones de los conceptos estudiados del MPS. La media de edad fue de 48 años y 4 años de escolaridad, se encontró asociación negativa significativa de la edad con el apego al tratamiento ($r = -.23$, $p < .05$); la escolaridad se asoció en forma positiva con la percepción del estado de salud ($r = .40$, $p < .01$) de la misma forma se asoció con el apoyo emocional ($r = .27$, $p < .01$) y con el apego al tratamiento ($r = .36$, $p < .01$). El apoyo social emocional y tangible se asoció en forma positiva con el apego al tratamiento ($r = .41$, $p < .01$). La edad y la escolaridad presentaron efecto significativo sobre el apego al tratamiento ($F_{(1-82)} = 4.581$, $p < .05$), con una variación explicada del 5.3%, El modelo de regresión múltiple que incluye factores personales socioculturales solo la escolaridad mostró efecto sobre el apego al tratamiento ($t = 2.48$, $p < .05$), El apoyo social mostró efecto significativo en el apego al tratamiento ($F_{(1-82)} = 16.566$, $p < .01$) con una variación explicada de 16.8%. El conjunto de las variables percepción del estado de salud y el apoyo social mostraron efecto significativo ($F_{(2-81)} = 9.061$, $p < .01$), sin embargo al analizar cada una se encontró que solo el apoyo social tuvo efecto sobre el apego al tratamiento de los pacientes con TBP.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



Capítulo I

Introducción

El mejoramiento de la salud se ha reflejado en el aumento de la esperanza de vida al nacer, sin embargo algunas enfermedades prevenibles y curables como la Tuberculosis Pulmonar (TBP) constituyen un reto para la salud pública a nivel nacional e internacional como un problema re-emergente. Se estima que de no controlarla ocasionará 30 millones de defunciones con mayor incremento en países en desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

El padecimiento se observa en todas las edades, sin embargo una elevada proporción de casos se encuentra en el grupo de 15 a 54 años, con predominio en el sexo masculino, considerado como el segmento de población económicamente productiva (Casas, 1996; Said & Loredo, 1996).

La morbi-mortalidad de la TBP en México, muestra un patrón geográfico de concentración: Las tasas mas altas de prevalencia se presentan en el sur, golfo de México y algunos estados del norte del país. De cada diez casos de tuberculosis nueve corresponden a la forma pulmonar. Como causa de muerte se ubicó en las primeras veinte en el año de 1998, los estándares de comparación internacional señalan una razón de 8 casos por cada defunción (Secretaría de Salud, 1999).

El perfil epidemiológico de la tuberculosis pulmonar tiene como agravante la farmacoresistencia resultado de la falta de seguimiento y control del programa, la falta de apego del paciente, aplicación de tratamientos equivocados y el abasto insuficiente de medicamentos. Estos aspectos han favorecido la presencia de cepas resistentes a los tratamientos convencionales, por lo que el costo se eleva cien veces mas, (Secretaría de Salud, 1999).

La autora del presente estudio ha observado en la práctica comunitaria que los pacientes con TBP difícilmente se apegan al tratamiento, lo que causa serios problemas en la curación y control de esta enfermedad. Los estudios revisados hacen referencia a las causas de abandono asociadas con el desconocimiento de la enfermedad y del tratamiento, baja escolaridad, inestabilidad laboral, falta de accesibilidad a los servicios de salud y drogoresistencia (Alvarez, Alvarez, Dorantes & Halperin, 2000; Casas, 1996; Paz, 1994; Yáñez, 1994).

Otros autores señalan que la adherencia o apego al tratamiento antituberculoso depende de factores como la edad, sexo, la percepción del estado de salud, la supervisión de los tratamientos y la corresponsabilidad de los servicios de salud con la comunidad, así mismo señalan el ingreso económico y apoyo social como algunos factores que se asocian con adherencia al tratamiento (Cadena, 1999; García, 1998; Volmik & Garner, 1999).

La perspectiva teórica mas apropiada para explicar la relación los factores personales la percepción del estado de salud y apoyo social sobre conductas promotoras y protectoras de salud es el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996), por esa razón se decide aplicar dicho modelo.

El propósito del estudio fue el determinar la relación y el efecto de los factores personales y el apoyo social con el apego al tratamiento de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, por lo que se realizó un estudio descriptivo (Polit & Hungler, 1999).

Marco Teórico

El marco teórico para el presente estudio lo constituye el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) Pender (1996), este modelo sustenta la probabilidad de que ocurra una conducta promotora o protectora de salud que depende de la combinación de las características y experiencias

individuales, de las cogniciones y afectos específicos de la conducta para entrar en acción, lo constituyen tres constructos:

Las características y experiencias individuales se refiere a características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. Incluyen conducta previa relacionada, factores personales, clasificados en biológicos, psicológicos y socioculturales que predicen directamente una conducta de salud e indirectamente a través de las cogniciones y afectos específicos.

Las cogniciones y afectos específicos de la conducta, el constructo que da importancia al factor motivacional, constituye el núcleo crítico para la intervención ya que son sujetas a modificarse a través de las acciones de enfermería. Incluye los siguientes conceptos: Beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto *relacionado a la actividad y factores circunstanciales*, estos predicen en forma directa, la conducta promotora y protectora de salud e indirectamente a través del compromiso con un plan de acción.

El resultado conductual, se refiere a, adopción y continuación de conductas promotoras y protectoras de salud mediante el compromiso con un plan de acción, que es establecido por la persona de acuerdo con sus preferencias en un determinado tiempo y lugar, pueden estar mediadas por las demandas y preferencias contrarias inmediatas ya que son necesidades que se presentan en último momento que pueden hacer a un lado el plan de acción, varía de una persona a otra y se dirige al logro de resultados de salud positivos. (ver Modelo de Promoción de la salud. Apéndice A).

La estructura conceptual teórica empírica para la operacionalización de variables del presente estudio, se derivó de los tres constructos del MPS de (Pender, 1996), se utilizan tres definiciones conceptuales de los factores personales; los biológicos, psicológicos y socioculturales; de las influencias interpersonales el apoyo social y de la conducta promotora y protectora de

salud el apego al tratamiento del paciente con TBP, en el nivel empírico la medición de las variables se realizó con cuatro instrumentos, una cédula y tres cuestionarios (ver apéndice B).

Estudios relacionados

Factores personales biológicos.

Los factores personales biológicos como edad y sexo no fueron predictores sobre las conductas protectoras de apego al tratamiento antituberculoso de pacientes con TBP bajo tratamiento en la frontera norte de México (Cadena, 1999). Se conoce que la población afectada pertenece a los grupos económicamente productivos de nivel socioeconómico bajo y que el género masculino es el más afectado (Casas, 1996; Paz, 1994; Yáñez, 1994).

En otro estudio bajo la misma perspectiva teórica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la variable sexo mostró efecto significativo sobre los estilos de vida promotores de salud ($p = .05$) (Esparza, 1999). Zamora (2001) reportó asociación significativa de la edad con la conducta protectora de autocuidado de la salud en adultos expuestos a enfermedad cardiovascular.

Factores Socioculturales.

Los factores socioculturales tales como el estado civil, escolaridad nivel socioeconómico y ocupación mostraron efecto significativo con el apego al tratamiento ($p = .03$) (Cadena, 1999). En estudio cualitativo sobre percepciones y prácticas relacionadas con la TBP se reportó que la escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico son algunos factores que influyen en la adherencia al tratamiento de TBP (Alvarez, et al., 2000), la no escolaridad (analfabetismo) ha sido asociado con las principales causas de abandono del tratamiento de la TBP (RM = 4.5 $p = <.05$) (Manjarrez, Serrano, Cano, Verduzco, Escandon & Escobedo, 1993). Por otra parte se

ha reportado que a medida que aumenta la escolaridad es mayor la adherencia al tratamiento de la TBP ($p < .05$) (Volmik & Garner, 1999).

El nivel socioeconómico bajo, mostró asociación estadística significativa con el abandono al tratamiento de la TBP, lo que influye en la eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso ($RM = 2.3$ $p = 0.04$) (García, et al., 1998).

Percepción del estado de salud.

La percepción del estado de salud ha sido reportado como un factor significativo que explica el apego al tratamiento y la responsabilidad en salud del paciente con TBP ($p = .03$) (Cadena, 1999). Por su parte Paz, (1994) no encontró asociación de la percepción del estado de salud con las causas de abandono en pacientes con tratamiento antituberculoso. Otros estudios sobre conductas promotoras y protectoras de salud y autocuidado han señalado que el estado de salud percibido fue predictor significativo para las acciones de autocuidado en pacientes con enfermedad cardiovascular ($p = .04$) (Zamora, 2001). De la misma forma se encontró asociación significativa de la percepción del estado de salud con estilos de vida promotores de salud en pacientes con hipertensión arterial ($p = .05$) (Arrijoja, 2001).

Apoyo Social

Con respecto a esta variable un estudio reporta que el apoyo social; emocional y tangible mostró efecto significativo con el apego al tratamiento antituberculoso en pacientes de la frontera norte del país ($p = .02$) (Cadena, 1999).

Otros estudios refieren efecto significativo del apoyo social con las conductas promotoras y protectoras de salud en pacientes con hipertensión arterial ($p .02$), con apego a la dieta y el ejercicio ($p < .05$), en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p .02$) y ($p 0 .05$); (Arrijoja, 2001, Bañuelos, 1999; Carmona, García & Vega, 1998; Esparza, 1999) respectivamente.

En la población femenina de clase baja, usuarias del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino se encontró que el apoyo social percibido mostró efecto significativo sobre la práctica de detección oportuna del cáncer cervicouterino como conducta promotora de salud ($p = .04$ (Quintana, 2000)).

Definición de términos

Factores personales biológicos: Son factores de índole estructural y funcional que no pueden ser modificados y que pueden influir en la conducta protectora de salud de apego al tratamiento de TBP se incluye edad en años cumplidos, sexo masculino y femenino.

Factores personales socioculturales: Son factores que conforman el marco de referencia social, económico y cultural donde se encuentra el paciente con TBP e incluyen estado marital se midió con pareja y sin pareja, ocupación; con empleo y sin empleo, escolaridad en años cursados, ingreso económico; por número de salarios mínimos así mismo con salario y sin salario estos datos se obtuvieron a través de la cédula individual de factores personales biológicos y socioculturales. (ver apéndice C).

Los factores personales psicológicos. Son factores cognitivos y de motivación que pueden influir en sentido directo e indirecto sobre la conducta protectora de apego al tratamiento de TBP. Se valoró a través de la percepción del estado de salud con el cuestionario Forma abreviada de la Encuesta de Salud General (MOS) de Stewart, Hays & Ware (1988), con las subescalas de salud funcional, bienestar y evaluación de la salud (ver Apéndice D)

Apoyo social. Son conductas o actitudes de afecto y ayuda material o financiera por los familiares, padres o hermanos, compañeros, los iguales y los proveedores de atención a la salud, que pueden influir en la conducta protectora de apego al tratamiento de TBP

protectora de apego al tratamiento de TBP

Se midió con el cuestionario de apoyo social (emocional y tangible) (NSSQ) de Norbeck (1981) adaptado al caso del paciente con TBP en las subescalas emocional y tangible (ver Apéndice E).

Apego al tratamiento. Son los resultados esperados o conductas promotoras y protectoras de salud. Para fines del estudio el apego al tratamiento fue la conducta protectora que tiene el paciente con TBP que incluye una serie de actividades responsables basadas en lo que indica la Norma Oficial de Prevención y Control de la Tuberculosis NOM-168-SSA1-1998. Se midió con el cuestionario de apego al tratamiento antituberculoso (CATBP) elaborado por Rodríguez, 2001 (ver Apéndice E).

Hipótesis

H 1 La edad afecta el apego al tratamiento en los pacientes con TBP.

H 2 El estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico afectan el apego al tratamiento de los pacientes con TBP.

H 3 Existe relación positiva entre la percepción del estado de salud y el *apego al tratamiento del paciente con TBP*.

H 4 Existe relación positiva entre la percepción del apoyo social emocional y tangible con el apego al tratamiento del paciente con TBP.

H 5 La percepción del estado de salud y el apoyo social tiene efecto sobre el apego al tratamiento en el paciente con TBP.

Capítulo II

Metodología

Diseño de estudio

El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999). Este tipo de diseño se recomienda cuando se desea describir las variables del estudio y determinar asociaciones entre las variables del estudio.

Población de estudio

La población la conformaron pacientes diagnosticados con TBP adscritos en las instituciones de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital Regional de Petróleos Mexicanos(HRM), Secretaría de Salud (SS) de las ciudades de Minatitlán y Coatzacoalcos, Veracruz.

Plan de muestreo y muestra

Se utilizó un muestreo no Probabilístico en la serie del tiempo con nivel de confianza de 95% y error estimado .05

La muestra estuvo conformada por 84 pacientes diagnosticados y en tratamiento de TBP registrados del 1° de Enero al 31 de Agosto del 2001.

Criterios de inclusión

Individuos de ambos sexos y mayores de 15 años

Criterios de exclusión

Pacientes con VIH – TBP

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron tres diseñados por otros autores y una cédula de identificación de factores

Cédula Individual de factores personales biológicos y socioculturales.

- a) **Forma abreviada de la Encuesta de Salud General (MOS)**
(Stewart, Hays & Ware, 1988).
- b) **Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ, 1981).**
- c) **Cuestionario de Apego al Tratamiento antituberculoso (CATBP)**
(Rodríguez, 2000).

Cédula Individual de Factores Personales Biológicos y

Socioculturales. Esta cédula consta de seis reactivos que registran los datos de factores personales biológicos que son: edad en años cumplidos, sexo; femenino y masculino. Los factores personales socioculturales; corresponden a datos de estado marital con pareja y sin pareja; escolaridad, el número total de años cursados; ocupación; se registra con ocupación y sin ocupación, ingreso económico, se registró en base al número de salarios mínimos percibidos.

Forma Abreviada de Encuesta de Salud General (MOS Short form General Health Survery) (Stewart, Hays & Ware ,1988). El cuestionario está constituido por veinte preguntas, se fracciona en tres secciones: (a) estado funcional; valora como se sintió el mes anterior a la encuesta, consta de seis preguntas con un valor máximo de 36 puntos que representa cuando la persona se sintió mejor y mínimo de 6 puntos cuando la persona se sintió mal; (b) bienestar; valora las limitaciones que hubo en los últimos meses como consecuencia de la alteración del estado de salud, contiene ocho preguntas con un valor máximo de 42 que indica que no ha tenido limitaciones y un mínimo de 8, que refiere que ha presentado limitaciones por mas de tres meses; (c) evaluación global de salud; está constituida por seis preguntas con una puntuación máxima de 34, que indica mejor percepción del estado de salud y un mínimo de 6 que refiere una baja percepción del estado de salud.

La escala de los reactivos del 1 al 12 y del 15 al 18 tienen un formato

de respuesta de seis puntos 1= todo el tiempo, 6= nada del tiempo. Los reactivos 13 y 14 tienen tres tipos de respuestas: 1= sí, por más de tres meses, 2= sí, por menos de tres meses o menos, 3= no. El reactivo 19 tiene cinco tipos de respuesta: 1 = Excelente, 2= Muy buena, 3= buena, 4= regular, 5 = Deficiente. El reactivo 20 tiene cinco opciones de respuesta: 1= ninguno, 2= muy leve, 3= leve, 4= moderado, 5= grave.

El total del cuestionario tiene un valor máximo de 108 puntos los que indican mejor percepción del estado de salud y un valor mínimo de 18 puntos lo que representa una menor percepción del estado de salud. Se invirtieron las preguntas 3,5,13,14,17,18,19 y 20 para mantener el sentido de la puntuación.

Stewart, Hays & Ware reportan el Coeficiente Alpha de Cronbach para la escala total de .81 a .88 en población americana. Se ha utilizado en población mexicana por diferentes investigadores encontrando Coeficiente Alpha de Cronbach; por Arriola (2001) con Alpha de Cronbach de .84, Gallegos (1996) .88, Campa (1997) de .78, Cadena (1999) de .75 Oliva (2001) de .90 y Zamora (2001) de .86.

Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ, 1981). Este instrumento está formado por 11 preguntas con cuatro opciones de respuesta para enumerar y cualificar el apoyo recibido de la red de apoyo, el cuestionario mide apoyo emocional, apoyo tangible, estabilidad y frecuencia de las relaciones y la pérdida del apoyo. Para el presente estudio solo se aplicaron las primeras seis preguntas, que abordan el apoyo emocional y tangible las cuales se presentan en una hoja horizontal con su respectivo encabezado y ocho columnas; la primera corresponde al número de familiares que proveen apoyo a los sujetos significativos en la vida del paciente, donde se colocarán las siglas o nombre de pila por orden de significancia; la segunda columna es para especificar la relación con el paciente de la persona registrada en la columna anterior; padres, hijos,

paciente de la persona registrada en la columna anterior; padres, hijos, hermanos, esposos, amigos, proveedores de servicios de salud, otros, de la tercera a la octava columna se mide el apoyo emocional y tangible. El patrón de respuestas para las preguntas del uno al seis es: 1= poco, 2= moderadamente, 3= bastante y 4= mucho, para procesar la información se considerará para cada sujeto el promedio de las respuestas dadas por la red de apoyo, en donde a mayor puntaje mayor apoyo emocional y tangible y menor puntaje menor apoyo.

El instrumento fue desarrollado por Norbeck, Lindsey & Carrieri (1995) y reportaron un Coeficiente Alpha de Cronbach de .88 para apoyo emocional y apoyo tangible y de .92 para el resto del instrumento. Se ha aplicado en población mexicana por Cadena (1999) con un Coeficiente Alpha de Cronbach de .72 por Carmona (1998) de .97 Esparza (1999) de .72 y de .98 por Quintana (2000).

Questionario de Apego Al tratamiento antituberculoso. Este instrumento se utilizó para medir el apego al tratamiento que son los resultados esperados o conductas promotoras y protectoras de salud. Fue elaborado de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de la Tuberculosis NOM –168-SSA1-1998 consta de 12 reactivos con patrón que valoran una escala de cuatro opciones que son : 1= nunca(N), 2= algunas veces (A), 3= frecuentemente(F), 4= rutinariamente (R). El cuestionario tiene valor máximo de 48 puntos y un mínimo de 12 puntos lo que indica que a mayor puntaje mayor apego al tratamiento de la TBP.

Procedimiento

Previa aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se tramitó la autorización de las instituciones de salud en Minatitlán y Coatzacoalcos Veracruz: IMSS, ISSSTE, SS, HRM-PM, de esta manera se

Se obtuvieron los listados de los pacientes diagnosticados y en tratamiento antituberculoso del periodo 1° Enero al 31 de Agosto del 2001 que se registraron en el formato "Registro y Seguimiento de Casos" del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la entrevista se realizo a través de visita domiciliaria estuvo a cargo de la autora del estudio y dos encuestadoras que previamente se capacitaron.

Al inicio de la entrevista se les explicó el propósito del estudio y se solicitó autorización verbal y por escrito (Apéndice G) para incluirlos como sujetos de estudio, en los casos que se contó con teléfono se concertó la cita para asegurar la entrevista, se realizó visita domiciliaria hasta tres ocasiones, a los pacientes que no se localizó su domicilio se le citó en su clínica de adscripción a través del personal encargado del programa y se les pagó el costo del pasaje, para lo que se contó con un consultorio.

En los casos en que se realizó la visita en su domicilio se cuidó la privacidad dado que algunos pacientes viven en un cuarto redondo en el que conviven varios familiares. Las preguntas se formularon de manera pausada para que fueran escuchadas y comprendidas, en todos los casos se mostraron ilustraciones gráficas que facilitaron las opciones de las respuestas para los instrumentos (MOS y NSSQ) (ver Apéndice H y I), se esperó la respuesta del entrevistado y se registró en los casos que el paciente solicitó se repitió la pregunta. El tiempo utilizado para la entrevista en promedio, fue de 25 minutos.

Al finalizar la entrevista se le proporcionó orientación sobre la importancia del tratamiento, cuidados personales y en el hogar, se verificó que los instrumentos estuvieran completos así mismo se les agradeció su participación.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

Se incorporaron las observaciones realizadas por los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Así mismo se tomó en cuenta para este estudio. Lo establecido en el Título II, Capítulo I Artículo 13 que establece el criterio del respeto a la dignidad humana y protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14 fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito, permitiendo al participante poder retirarse en el momento que lo decida, tomando en cuenta los artículos 20, 21 Fracciones I, IV, VI, VII Y VIII y artículo 22 Fracción I.

De acuerdo al Artículo 17, fracción I se considera una investigación sin riesgos, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en las variables físicas, psicológica y sociales del sujeto.

Se obtuvo autorización de las instituciones de salud de Minatitlán y Coatzacoalcos, Veracruz donde se llevó a cabo la investigación.

Análisis de Resultados

Para la captura de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 9.0 (Statistical package for the Social Science) (1999). En el análisis estadístico se obtuvo estadísticas descriptivas como frecuencias, proporciones, medias, medianas, índices y promedios para las variables, el Coeficiente Alpha de Cronbach de las escalas totales y subescalas para medir la consistencia interna de los instrumentos. Para el análisis estadístico inferencial se obtuvo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar normalidad de variables. Para conocer la asociación de las variables se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Para verificar las hipótesis se utilizó Regresión lineal simple para las hipótesis 3 y 4, la regresión lineal múltiple para las hipótesis 1, 2 y 5.

Capítulo III

Resultados

Los resultados que se presentan corresponden al estudio efectuado en pacientes con TBP adscritos en el Programa de Prevención y Control de TBP de las diferentes instituciones de salud de dos ciudades del sureste del estado de Veracruz.

En este capítulo se presentan: confiabilidad de los instrumentos, datos descriptivos de los factores personales biológicos y socioculturales, prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, de los instrumentos, coeficientes de correlación de Pearson de las variables del estudio igualmente se incluyen estadísticas inferenciales de las pruebas de hipótesis.

Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 1

Coefficiente Alpha de Cronbach para la Forma Abreviada de Encuesta de Salud General (MOS)

Subescalas	Nº de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Salud Funcional	9	1,7,8,9,10,11,12,13,14	.86
Bienestar	6	2,3,4,5,6,20	.75
Evaluación de la salud	5	15,16,17,18,19	.91
Escala total	20	Del 1 al 20	.90

n = 84

En la tabla 1 se observan los resultados del coeficiente Alpha de

En la tabla 1 se observan los resultados del coeficiente Alpha de Cronbach del instrumento Forma abreviada de Encuesta de Salud General (MOS) la escala total obtuvo una consistencia interna aceptable, de las subescalas la máxima fue para evaluación de la salud y la mínima para bienestar.

Tabla 2

Coeficiente Alpha de Cronbach para el cuestionario de Apoyo Social (NSSQ)

Subescalas	Nº de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Apoyo emocional	4	1,2,3,4	.85
Apoyo tangible	2	5,6	.72
Escala total	6	1,2,3,4,5,6	.88

Fuente: NSSQ

n = 84

La tabla 2 muestra la consistencia interna del instrumento de Apoyo social, la subescala de apoyo tangible fue la mas baja y de la subescala de apoyo emocional fue la mas alta, para la escala total aceptable.

Tabla 3

Coeficiente Alpha de Cronbach de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATBP)

Escala	Nº de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Apego	12	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	.89

Fuente: CATBP

n = 84

En la tabla 3 se observa el resultado de la consistencia interna del instrumento de apego al tratamiento antituberculoso aceptable por ser la primera vez que se aplica de acuerdo a (Polit, 1999).

Datos descriptivos de Factores Personales Biológicos, Socioculturales

Los datos que se presentan en la siguiente tabla corresponden a los

factores personales de las variables categóricas de sexo, estado marital, ingreso económico y ocupación.

Tabla 4

Distribución de frecuencia de los factores personales biológicos y socioculturales

Factores personales biológicos y socioculturales	Fr	(%)
Sexo		
Femenino	39	46.4
Masculino	45	53.6
Estado marital		
Sin pareja	42	50.0
Con pareja	42	50.0
Ingreso económico		
Sin salario	42	50.0
Con salario	42	50.0
Ocupación		
Sin empleo	42	50.0
Con empleo	42	50.0

Fuente: CIBFPS

n = 84

En la tabla 4 se muestra que de la población estudiada el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino. En relación al estado marital los porcentajes obtenidos son iguales tanto para los que tienen pareja como las que no la tienen. Respecto al ingreso económico los porcentajes fueron similares para aquellos que contaban con salario como para los que no

Tabla 5

Datos descriptivos de los factores personales biológicos y socioculturales

Factores personales biológicos y socioculturales	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad	47.10	47.00	18.0	15	84
Escolaridad Años cursados	4.02	3.00	3.97	0	16

n = 84

En la tabla 5 se observa que la escolaridad es baja y la población estudiada es de edad madura.

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables percepción del estado de salud, apoyo social y apego al tratamiento

Indice	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	DE	K-SZ	Valor de p
MOS	7.78	93.33	48.42	47.22	20.63	.531	.94
Salud funcional	5.41	100.00	49.74	51.35	25.28	.745	.63
Bienestar	10.34	100.00	53.44	53.44	22.72	.916	.37
Evaluación de la salud	.00	100.00	40.32	37.50	26.24	.795	.55
NSSQ	1.17	4.00	3.31	3.41	.5792	1.10	.17
Apoyo emocional	1.25	4.00	3.38	3.50	.5745	1.31	.06
Apoyo Tangible	1.00	4.00	3.17	3.27	.7433	1.27	.07
Apego al tratamiento	27.78	100.00	78.50	80.55	17.12	1.26	.08

Fuente: MOS, NSSQ, CATBP

n = 84

La tabla 6 muestra los resultados descriptivos y la prueba de normalidad de las variables de los cuestionarios Encuesta General de Salud, Apoyo

Social y Apego al Tratamiento. La media mas alta del MOS que midió la percepción del estado de salud a través de la encuesta general de salud fue para la subescala de bienestar, para apoyo social medido con el NSSQ, la media mayor fue para la subescala de apoyo emocional y para el apego al tratamiento se obtuvo una media de 78.5.

Los resultados obtenidos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov determinó normalidades para todas las escalas totales y subescalas por lo que se optó estudiar las asociaciones de los índices a través de la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson.

Correlación entre las variables de estudio

Tabla 7

Matriz de Correlación de Pearson de las variables estudiadas

	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	1.							
Valor de p								
Escolaridad	.46**	1.						
Valor de p	.00							
Ingreso en años mínimos	-.03	.01	1.					
Valor de p	.785	.89						
MOS (Percepción del estado de salud)	-.22	.41**	-.12	1.				
Valor de p	.05	.00	.27					
NSSQ (Apoyo Social)	.00	.20	.10	.11	1.			
Valor de p	.92	.06	.34	.31				
Apoyo emocional	.01	.27*	.15	.10	.95**	1.		
Valor de p	.95	.00	.16	.35	.00			
Apoyo Tangible	.02	.04	.01	.09	.86**	.67**	1.	
Valor de p	.89	.70	.92	.39	.00	.00		
Apego	-.23*	.36**	-.01	.16	.41**	.38**	.36**	1.
Valor de p	.03	.00	.92	.13	.00	.00	.00	

* Correlación significativa <.05

n = 84

** Correlación de significativa <.01

Los resultados de la tabla 7 muestran correlación negativa significativa de la edad con apego al tratamiento de ($r = -.23$, $p < .05$). La

escolaridad se asoció en forma positiva y significativa con la escala total de percepción del estado de salud ($r = .40, p < .01$) así mismo se correlacionó con el apego al tratamiento de TBP ($r = .36, p < .05$)

El índice total de apoyo social se asoció de forma significativa y positiva con el índice de apego al tratamiento ($r = .41, p < .01$). así mismo los índices de las subescalas de apoyo emocional y apoyo tangible se asociaron de manera significativa y positiva con el índice de apego al tratamiento ($r = .38, p < .01$). y ($r = .36, p < .01$). respectivamente.

Prueba de Hipótesis

Para la verificación de las hipótesis se ajustó un modelo de regresión lineal simple y múltiple y su comprobación se muestra en las siguientes tablas y figuras.

Tabla 8

Regresión lineal simple de la edad con el apego al tratamiento del paciente con TBP

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	1287.644	1287.644	4.581	.03
Residual	82	23050.613	281.105		

Fuente: CIFPBSC

$R^2 = 5.3\%$

$n = 84$

La tabla 8 muestra que la edad tuvo un efecto significativo sobre el apego al tratamiento del paciente TBP ($F_{cal (1-82)} = 4.581, p < .05$) con una variación explicada del 5.3 %.

tratamiento del paciente TBP ($F_{cal (1-82)} = 4.581$ $p < .05$) con una variación explicada del 5.3 %.

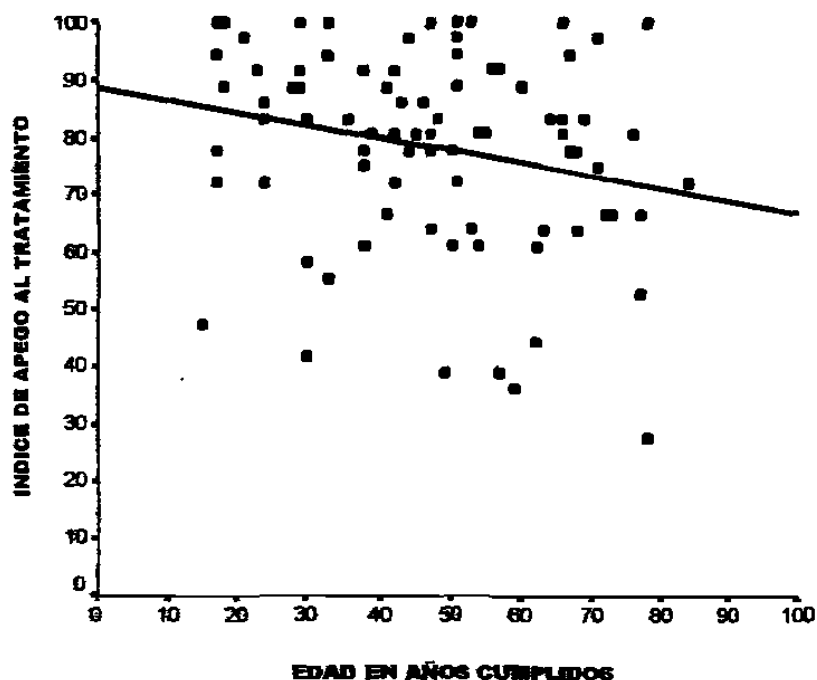


Figura 1 Grafica de dispersión de las variables edad en años cumplidos y apego al tratamiento.

En la figura 1 se observa que a menor edad es mayor el apego al tratamiento del paciente con TBP. De acuerdo a estos resultados se sustenta la hipótesis 1 que plantea que la edad afecta el apego al tratamiento del paciente con TBP.

Tabla 9

Regresión lineal múltiple de los factores personales socioculturales (estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico) con el apego al tratamiento del paciente con TBP

Fuente de Variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	Fcal	Valor de p
Regresión	4	4172.54	1043.13	4.087	.001
Residual	79	20165.71	255.26		

Fuente: CIBFPS

$R^2 = 17.1\%$

n = 84

Tabla 10

Efecto del estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico con el apego al tratamiento del paciente con TBP

Variable	Coefficiente Beta	Error Estandar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
Constante	82.588	9.689		8.524	.00
Estado marital	-2.623	3.639	-.077	-.721	.47
Escolaridad	1.193	.481	.277	2.480	.01
Ingreso económico diario	6.953	3.889	.350	1.788	.07
Ocupación	-6.953	6.326	-.193	-1.036	.30

Fuente: CIFPBSC

= 84

Las tablas 9 y 10 muestran los resultados del efecto de los factores personales socioculturales sobre el apego al tratamiento del paciente con TBP siendo significativo ($F_{cal(4,79)} = 4.087$ $p < .05$) y con una variación explicada del 17.1% sin embargo al analizar cada una de las variables solo la escolaridad mostró significancia ($t = 2.48$, $p < .05$).

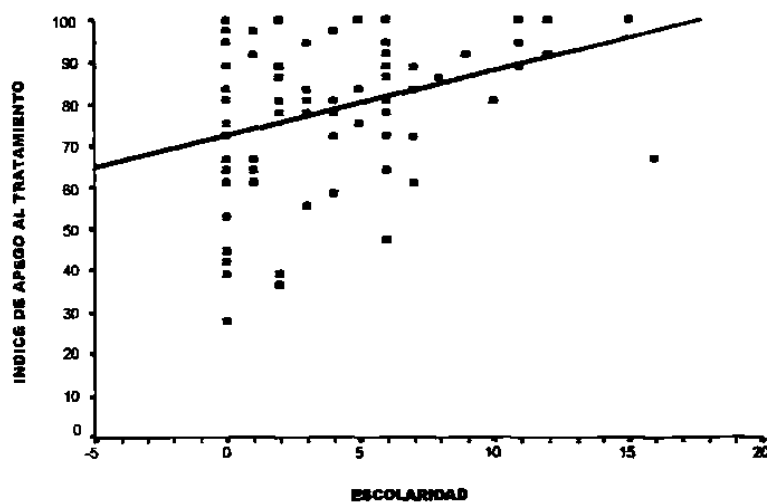


Figura 2 Gráfica de dispersión de las variables escolaridad y apego al tratamiento

En la figura 2 se observa que a más escolaridad mayor es el apego al tratamiento del paciente con TBP. De acuerdo a estos resultados no se sustenta la hipótesis 2 que plantea el estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico afectan el apego al tratamiento.

Tabla 11

Regresión lineal simple de la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	675.587	675.587	2.341	.13
Residual	82	23662.670	288.569		

Fuente: MOS

$R^2 = 2.8\%$

n = 84

La tabla 11 muestra que no fue significativa la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento del paciente con TBP ($F_{(1-82)} = 2.341, p = .130$) y $R^2 = 2.8\%$ por lo anterior no se sustenta la hipótesis 3.

Tabla 12

Regresión lineal simple de la percepción del apoyo social sobre el apego al tratamiento

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	4090.484	4090.484	16.566	.00
Residual	82	20247.773	246.924		

Fuente: MOS

$R^2 = 16.8\%$

n = 84

La tabla 12 muestra significancia estadística del apoyo social sobre el apego al tratamiento del paciente con TBP ($F_{(1-82)} = 16.566, p < .01$) con un variación explicada del 16.8 por ciento.

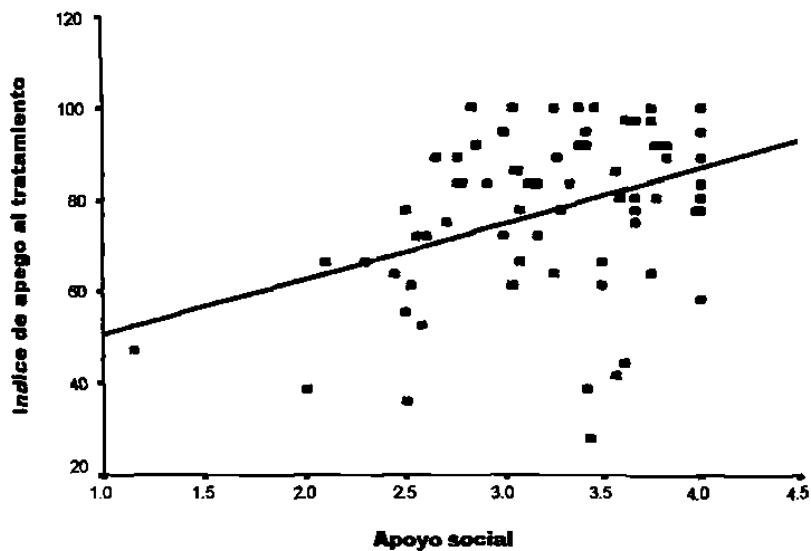


Figura 3 Gráfica de dispersión de las variables apoyo social y apego al tratamiento

La figura 3 muestra que a mayor apoyo social mayor es el apego al tratamiento del paciente con TBP. Considerando estos resultados se sustenta la hipótesis 4 que plantea que a mayor nivel de percepción de apoyo social (emocional y tangible) mayor nivel de apego al tratamiento del paciente con TBP.

Tabla 13

Regresión lineal múltiple de la percepción del estado de salud y el apoyo social sobre el apego al tratamiento

Fuente de variación	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	2	4449.448	2224.724	9.061	.000
Residual	81	19888.809	245.541		

Fuente: MOS, NSSQ

$R^2 = 18.3\%$

$n = 84$

Tabla 14

Efecto de la percepción del estado de salud y el apoyo social sobre el apego al tratamiento

Variable	Coficiente de Beta	Error Standard	Coficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
Constante	34.704	10.431		3.327	.001
Percepción del estado de salud	.101	.084	.122	1.209	.230
Apoyo Social	11.715	2.988	.396	3.920	.000

Fuente: MOS, NSSQ

n = 84.

La tabla 13 muestra que fue significativo el efecto de la percepción del estado de salud y el apoyo social sobre el apego al tratamiento del paciente con TBP ($F_{(2-81)} = 9.061, p < .001$) con variación explicada del 18.3 por ciento, sin embargo al analizar la significancia de cada una de las variables se encontró según la tabla 14 que solo el apoyo social mostró significancia. Por lo anterior no se sustenta la hipótesis 5 que plantea que la percepción del estado de salud y el apoyo social tienen efecto sobre el apego al tratamiento del paciente con TBP.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del estudio *apego al tratamiento del paciente con TBP* permitieron verificar algunas proposiciones teóricas planteadas en esta investigación en relación a los conceptos del MPS Pender (1996). En relación a la primera hipótesis se sustentó que la edad mostró efecto significativo sobre el apego al tratamiento en el paciente con TBP, así mismo se encontró asociación negativa y significativa de la edad con el apego al tratamiento.

El apego al tratamiento de los pacientes de menor edad tal vez se deba a que sea la primera vez que inician tratamiento aunado a una mayor escolaridad, probablemente los de mas edad tengan mas reincidencias de tratamiento y estén cansados del mismo.

Esto coincide con lo reportado por (García, 1998; Volmik & Garner, 1999) donde señalan que la adherencia o apego al tratamiento antituberculoso depende de factores tales como la edad, otros estudios realizados bajo la misma perspectiva teórica explican influencia y asociación de la edad con conductas promotoras y protectoras de salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (Bañuelos, 1999; Esparza, 1999) con pacientes expuestos a enfermedad cardiovascular (Zamora 2001) sin embargo (Cadena, 1999) no encontró efecto ni asociación significativa de la edad y el sexo con el apego al tratamiento del paciente con TBP.

En relación a la segunda hipótesis no se sustentó que el conjunto de factores socioculturales (estado marital, escolaridad, ocupación e ingreso económico) tengan efecto con el apego al tratamiento, solo se encontró que la escolaridad fue el único factor que mostró significancia indicando que a mayor escolaridad mayor apego al tratamiento de TBP.

Estos resultados no coinciden con lo reportado por Cadena 1999; que reportó que todos los factores tuvieron efecto significativo con el apego al tratamiento del paciente con TBP, de la misma forma es similar a lo reportado por (Alvarez et al, 2000) en su estudio cualitativo de TBP. En relación a la escolaridad es similar a lo reportado por (Manjarréz et al, 1993) quienes encontraron que la baja escolaridad ha sido asociada con las principales causas de abandono del tratamiento de TBP. De la misma forma (Volmik & Garner, 1999) reportaron que a medida que aumenta la escolaridad es mayor la adherencia al tratamiento de TBP.

En relación a la tercera hipótesis no se sustentó que a mayor percepción del estado de salud , mayor apego al tratamiento de TBP. Tal vez se deba a que no se haya entendido el cuestionario (MOS) por la baja escolaridad y la dificultad de comprender el idioma español de los sujetos estudiados.

Estos resultados no coinciden con lo señalado por Cadena (1999) en el que reportó efecto significativo de la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento en pacientes con TBP. En forma similar se ha reportado en otros estudios sobre conductas promotoras y protectoras de salud en donde la percepción del estado de salud ha sido un predictor significativo en pacientes con enfermedad cardiovascular (Zamora, 2001) y en pacientes con Hipertensión Arterial (Arrijoja, 2001).

Paz (1994) coincide con lo reportado en este estudio quien señala en su estudio que la percepción del estado de salud no se asoció con causas de abandono o no adherencia al tratamiento en pacientes con TBP.

Respecto a la cuarta hipótesis se sustentó que a mayor apoyo social, emocional y tangible mayor es el apego al tratamiento, es decir, que existe mayor apego al tratamiento de TBP cuando es mayor el apoyo social (emocional y tangible), esto es apoyado por lo planteado en el MPS (Pender, 1996).

Así mismo coincide por lo señalado por (Cadena, 1999) quién reportó efecto significativo del apoyo emocional y tangible con el apego al tratamiento de TBP. Esto es similar a lo reportado en otros estudios bajo la misma perspectiva teórica que reportan asociación significativa del apoyo social sobre conductas promotoras y protectoras de salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Bañuelos, 1999; Carmona, García & Vega, 1998; Esparza, 1999) y en pacientes con hipertensión arterial (Arriola, 2001).

En relación a la quinta hipótesis al conjuntar las variables percepción del estado de salud y el apoyo social sobre apego al tratamiento el modelo fue significativo, sin embargo al analizar la contribución de ambas variables solo el apoyo social mostró significancia. Esto difiere por lo planteado en el MPS que explica que la percepción del estado de salud tiene camino directo para emprender conductas promotoras o protectoras de salud o camino indirecto a través del apoyo social para explicar dicha conducta.

Conclusiones

La contribución del estudio permitió afirmar las relaciones de algunos conceptos bajo la perspectiva teórica del Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996) los conceptos del MPS estudiados fueron los factores personales, percepción del estado de salud, apoyo social y apego al tratamiento de TBP.

Los datos obtenidos en esta investigación permitieron perfilar que el sexo masculino es el mas afectado por la TBP, no hubo diferencia según el estado marital, ingreso económico ni por ocupación; la media de edad fue de 48 y 4 años de escolaridad. Se encontró asociación de la edad con escolaridad y el apego al tratamiento. La escolaridad se asoció con la percepción del estado de salud, el apoyo social y con el apego al tratamiento. El apoyo social se asoció con el apego al tratamiento.

Se determinó que a menor edad existe mayor apego al tratamiento de TBP. Así mismo a mayor escolaridad mayor apego al tratamiento.

El apoyo social (emocional y tangible) fue un predictor significativo para el apego al tratamiento. La conjunción o unión de la percepción del estado de salud y el apoyo social no reportaron significancia para explicar el apego al tratamiento del paciente con TBP.

En cuanto la consistencia interna de los instrumentos estos mostraron Coeficiente Alpha de Cronbach aceptable tanto para las escalas como para las subescalas . El diseño del cuestionario de apego al tratamiento obtuvo un Alpha de Cronbach, aceptable por ser un instrumento nuevo y la primera vez que se aplica (Polit & Hungler, 1999).

Recomendaciones

Realizar estudios cualitativos a fin de enriquecer los hallazgos de esta investigación enfatizando la percepción del estado de salud y el apego al tratamiento

Considerar para futuras investigaciones sobre esta temática el tiempo de diagnóstico y tratamiento, dado que la percepción del estado de salud puede ser diferente al inicio y/o al final del tratamiento e influir en el apego al tratamiento.

Realizar estudio comparativo de pacientes que se apegan y pacientes que no se apegan al tratamiento para conocer la influencia de las variables estudiadas en esta investigación.

Para medir la percepción del estado de salud en poblaciones de baja escolaridad e indígenas, utilizar otra escala.

Dado el resultado de edad, estudiar si los de menor edad son de reciente diagnóstico posteriormente número de reincidencias o conocer las causas de abandono.

Utilizar otros conceptos del MPS para valorar desde esta perspectiva teórica el apego al tratamiento de TBP.

Realizar un estudio sobre la validación del instrumento de apego al tratamiento de TBP.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, G., Alvarez, J., Dorantes, J. & Halperin, D. (2000) Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México 42 (6) 520 - 528.

Arriola M. (2001). Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial. Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Bañuelos P. (1999). Autocuidado y control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Cadena F. (1999). Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Tesis inédita de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Campa, T (1997) Capacidad de los cuidados del paciente con discapacidad motora. Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Carmona, M., García, I & Vega L. (1998) Relación de factores personales e influencias interpersonales con práctica de estilos de vida saludables de los pacientes diabéticos tipo 2 Facultad de Enfermería UANL Monterrey N.L. México

Casas, S., Garcit, S. (1996) Perfil Sociocultural del Paciente Tuberculoso. Revista Médica del IMSS, México D.F.

Esparza S. (1999) Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo 2 Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Gallegos, C.E. (1996) The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult Mexican women. Tesis no publicada de doctorado en Enfermería. Wayne University, Detroit, Michigan Estados Unidos.

García, I., Mayar, M.E., Ferrerira, L., Palacios, M., Alvarez, C. & Valdespino, J. (1998) Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en Jurisdicciones Sanitarias de Morelos Salud Pública de México 40 (5) 421 - 429.

Manjarréz, E., Serrano, V., Cano, G., Verduzco, E., Escandón, C. & Escobedo, J. (1993) Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Gaceta Médica de México 129 (1) 57 - 62.

Norbeck, J., Lindsey A., Carrier V. (1981) The development of an instrument to measure Socials Support. Nursing Researctch 30, (5) Traducido Facultad de Enfermería UANL Monterrey, N.L. 1998.

Oliva, R.N. (2001) Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). La Salud en las Américas 19 (2) 1 - 16.

Paz, M. (1994) Creencias de salud y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos. Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Pender, N. (1996). Modelo de Promoción de la Salud. Health Promotiom Nroving Practice. 3a Ed. Conecticut: Appleton Lang, traducido Monterrey, N.L. Facultad de Enfermería 1996.

Peña, M. (2000) Factores promotores de salud y práctica de lactancia materna Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería UANL, Monterrey, N.L. México.

Polit, & Hungler, F. (1999). Investigación científica. En Ciencias de la Salud. 6ª Ed. Editorial Interamericana. Mc Graw-Gill México D.F.

Quintana, D. (2000). Factores que promueven la práctica de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres adultas. Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria., Facultad de Enfermería UANL, Monterrey N. L.

Said, S. & Loredó, D. (1996) Aspectos epidemiológicos de la tuberculosis en tres delegaciones de la región norte del IMSS Revista de Investigación Médica del IMSS 1 (1) México, D.F.

Secretaría de Salud (1987) Ley general de salud Secretaría de

Planeación México, D.F.

Secretaría de Salud, (1999) Coordinación de vigilancia epidemiológica Programa de prevención y control de microbacteriosis. Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades.

Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (1999)Inc., Base 9.0 para windows

Stewart L., Hays, D. And Ware E. (1988)The MOS Short – From general health survey 26 (7) Department of behavioral sciences, the Rand corporation, Santa Monica California.

Volmink, J. & Garner P. (1999) Interventions for promoting adherence to tuberculosis treatment. The Crochane Library (Oxford).

Yáñez A. (1994). Abandono del tratamiento antituberculoso en los municipios de Guadalupe Apodaca y Juárez de Nuevo León. Tesis no publicad de Maestría en Salud Pública, Facultad de Salud Pública U.A.N.L, México.

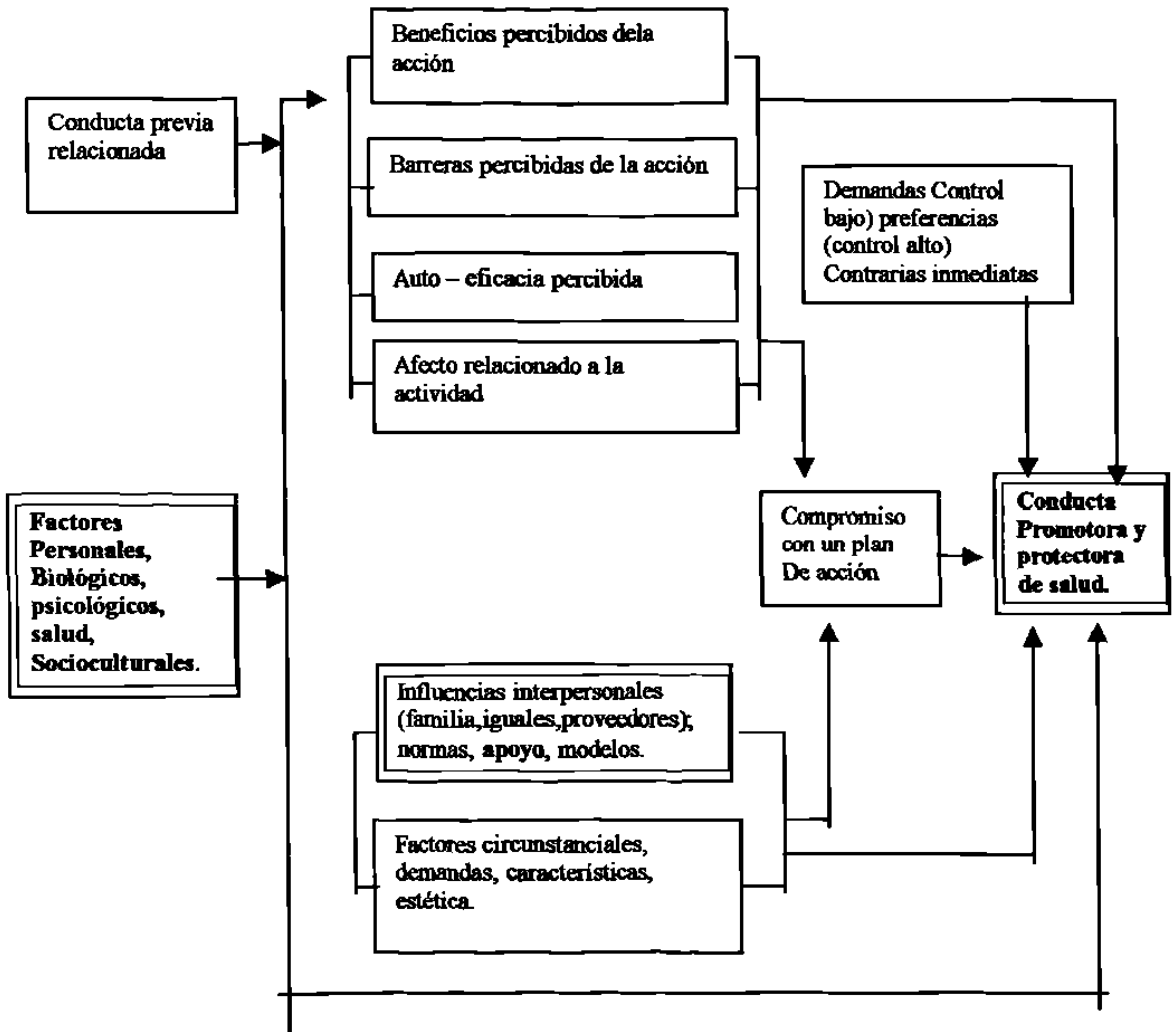
Zamora V. (2001). Estado de salud y autocuidado en adultos expuestos a enfermedades cardiovasculares Tesis no publicada de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería U.A.N.L, México.

APÉNDICES

APÉNDICE A

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

Características y Experiencias Individuales	Cogniciones y afectos Específicos de la Conducta	Resultado Conductual
--	---	---------------------------------



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

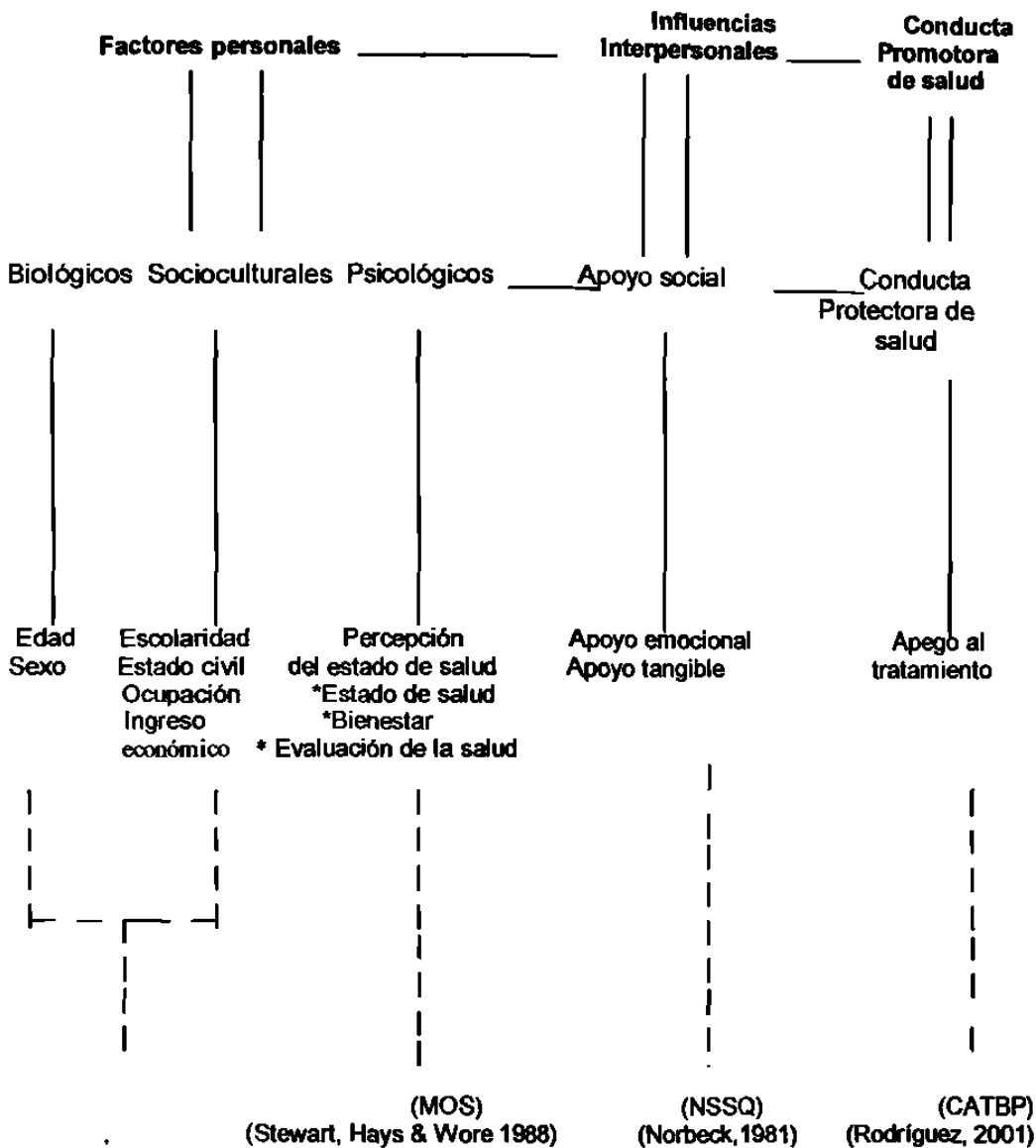


Conceptos estudiados

APÉNDICE B

**ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEORICA PARA EL ESTUDIO
DE APEGO ALTRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS PULMONAR.**

ESTRUCTURA CONCEPTUAL TEORICA PARA EL ESTUDIO DE APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR.



APÉNDICE C

Cédula Individual de Factores Personales

Biológico y Socioculturales

APÉNDICE C

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Cedula Individual de Factores Personales del Paciente con
Tuberculosis Pulmonar**

Instrucciones: Favor de leerle al entrevistado cada uno de los reactivos y notar en forma correcta lo que el señale y evitar dejar sin responder los reactivos.

Número de Cuestionario _____

Domicilio: _____

1. Edad en años cumplido _____

2. Sexo

1) Femenino

2) Masculino

3. Estado Civil

1) sin pareja

2) Con pareja

4. Escolaridad

No de años cursados

5. Ocupación

6. Ingreso económico en salario mínimo diario

APÉNDICE D

Forma abreviada de la Encuesta de Salud General (MOS)

APÉNDICE D

Forma abreviada de Encuesta de Salud General (MOS)

INSTRUCCIONES:

No. De cuestionario _____

En cada una de las siguientes preguntas, seleccione el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el pasado mes.

	Todo el tiempo	La mayor Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1. ¿Cuánto tiempo se vio limitado en sus actividades sociales por motivos de salud? (por ejemplo visitar a sus amigos o familiares cercanos)	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cuánto tiempo ha sido una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cuánto tiempo se ha sentido usted una persona desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Cuánto tiempo se ha sentido tan desanimado(a) que nada podía animarlo(a)?	1	2	3	4	5	6

II. Por cuanto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud a causa de su enfermedad le ha limitado en las siguientes actividades:

	Todo el tiempo	La mayor Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes rudos.	1	2	3	4	5	6
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3	4	5	6
9. caminar cuesta arriba o subir varios por la escalera,	1	2	3	4	5	6
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	1	2	3	4	5	6
11. Caminar una cuadra.	1	2	3	4	5	6
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1	2	3	4	5	6

13. ¿La tuberculosis pulmonar le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a las escuela?

Si, por más de tres meses.

Si, por tres meses o menos.

No

14. ¿ Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su enfermedad de tuberculosis pulmonar ?

Si, por más de tres meses.

Si, por tres meses o menos.

No

III. Seleccionar el número (1 al 6) que describa mejor si su estado de salud.

	Todo el tiempo	La mayor Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
15. Estoy algo enfermo(a)	1	2	3	4	5	6
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco.	1	2	3	4	5	6
17. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5	6
18. Me he sentido mal recientemente.	1	2	3	4	5	6

19. En general diría usted que su salud es:

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Deficiente

20. ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?

Ninguno

Muy leve

Leve

Moderado

Grave

APÉNDICE E

Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ).

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (NSSQ)

Instrucciones para el encuestador: a) Enumere, considerando a todas las personas significativas para el paciente que le proporciona apoyo personal, durante la enfermedad y tratamiento de la TBP. b) Escriba el nombre de pila y especifique la categoría de relación que tiene con el paciente.

c) Patrón de posibles respuestas de las preguntas de la 1 a la 6. Poco = 1, Moderadamente = 2, Bastante = 3, Mucho = 4.

NOMBRE	Relación	1. Cuánto te hizo sentir querido o a gusto esta persona durante el tratamiento de tuberculosis pulmonar?	2. Cuánto hizo esta persona para que te sintieras respetado o admirado, durante su enfermedad de tuberculosis pulmonar?	3. Cuánto hizo esta persona para que te sintieras respetado o admirado durante su enfermedad y tratamiento de tuberculosis pulmonar?	4. Durante el tratamiento de tuberculosis cuánto le apoyó o estuvo de acuerdo con sus acciones y pensamientos esa persona?	5. Si necesitaste un préstamo para ir al médico o para resolver un problema cuánto confiaste en la ayuda que te pudo proporcionar esta persona, durante el tratamiento de tuberculosis?	6. Durante el tratamiento de tuberculosis si tuviste que permanecer en cama por varias semanas, cuánta ayuda pudiste recibir de esta persona?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

APÉNDICE F

Cédula de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATBP)

APÉNDICE F

CUESTIONARIO DE APEGO AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

Leer cuidadosamente cada reactivo y marcar la opción mas cercana a su situación actual y sin dejar de contestar ningún reactivo.

CLAVE (N)Nunca (A) Algunas veces (F) Frecuentemente (R) Rutinariamente

REACTIVOS	1 (N)	2 (A)	3 (F)	4 (R)
1.- ¿Toma los medicamentos según las indicaciones médicas?	N	A	F	R
2.- ¿Asiste a las consultas indicadas o programadas?	N	A	F	R
3.- ¿Colecta las muestras de flemas para el examen de baciloscopias cuando se lo piden?	N	A	F	R
4.- ¿Pregunta o se informa sobre los resultados de las baciloscopias?	N	A	F	R
5.- ¿Cuando presenta molestias o síntomas por causa de su enfermedad acude a la clínica?	N	A	F	R
6.- ¿Busca información para cuidarse mejor de su enfermedad en revistas, libros, folletos, consejos con el personal de salud y otros?.	N	A	F	R
7. ¿Vigila y mide su peso?	N	A	F	R
8. Consume una buena alimentación que le ayude a recuperarse.	N	A	F	R
9. Tiene mayor cuidado al toser, expectorar o escupir	N	A	F	R
10. ¿Cuida que sus artículos personales solo los utilice únicamente usted? .	N	A	F	R
11. ¿Tiene mayor cuidado con su higiene personal	N	A	F	R
12. ¿Mantiene su habitación en buenas condiciones higiénicas?	N	A	F	R

Definición de términos

Apego al Tratamiento Antituberculoso: Es una conducta protectora que tiene el paciente con tuberculosis pulmonar con respecto a la adherencia del tratamiento que incluye una serie de actividades responsables.

APÉNDICE G

Consentimiento informado

APÉNDICE G

Consentimiento Informado

Al firmar este documento acepto participar de forma voluntaria en esta investigación, que tiene por finalidad conocer los factores personales y de apoyo que influye en el apego al tratamiento antituberculoso. De igual manera me hizo saber que no corro ningún riesgo, puedo retirarme cuando yo así lo decida. Se me aseguro que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano además que la información que proporcionaré será confidencial y a la que tendrá acceso únicamente la investigadora.

Por lo que autorizo a la Lic. Alicia López Becerra quién desarrolla esta investigación, para que realice las preguntas necesarias de los cuatro cuestionarios en los que se recabará información, los cuales responderé de conformidad.

Firma del Informante

APÉNDICE H

Escala gráfica para Encuesta de Salud General (MOS)

APENDICE H

Escala gráfica para Encuesta de Salud General (MOS).

TODO EL
TIEMPO



LA MAYOR
PARTE DEL
TIEMPO



BUENA PARTE
DEL TIEMPO



ALGO DEL
TIEMPO



POCO
TIEMPO



NADA DEL
TIEMPO



APÉNDICE I

Escala gráfica para cuestionario de apoyo social (NSSQ)

APENDICE I

Escala gráfica para cuestionario de Apoyo Social (NSSQ)

MUCHO



BASTANTE



MODERADAMENTE



POCO





