

#### f) Variables Culturales

Son susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios y autoeficacia.

##### - Susceptibilidad

Es el riesgo percibido del individuo de creer en cierto estado por abandonar el tratamiento ya sea negándolo, admitiendo una posibilidad o probabilidad.

##### - Severidad

Es la preocupación de la persona que al haber abandonado el tratamiento produzca consecuencias en su salud y gravedad.

##### - Barreras

Son actividades o acciones no placenteras o fuerzas negativas que producen un conflicto y que entorpece el cumplimiento del tratamiento.

##### - Beneficios Percibidos

Es la creencia del individuo de que las acciones que emprenden serán efectivas para recuperar su salud.

##### - Autoeficacia

Es la convicción de que la persona puede exitosamente concluir el tratamiento.

- Señales de Acción

Son incentivos o reforzadores para estimular el cumplimiento del tratamiento.

3. Esquema de Operacionalización de Variables del Estudio de Factores Sociales y Culturales y Abandono del Tratamiento Antituberculoso

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
Factores Sociales Culturales  (Independientes)	Factores Sociales Culturales	¿ Qué Edad Tiene Usted ?
	1. edad	14 años 25-34 años 45-54 años 15-24 años 35-44 años 55-más años
	2. Sexo	Femenino - Masculino
	3. Escolaridad	¿Cuál es Ciclo Escolar Máximo que completo? . Sin escolaridad . Primaria incompleta . Primaria completa . Secundaria incompleta . Secundaria completa . Estudios Postsecundarios
	4. Ocupación	A que se Dedicar Usted (empleo)  _____
	5. Estado Civi	Cuál es su Estado Civil? 1. Soltero 4. Divorciado 2. Casado 5. Otro 3. Viudo
	6. Estado Económico	1. Menos del salario mínimo 2. Salario mínimo 3. 2 Salarios mínimos 4. 3 o más Salarios 5. Sin salario fijo 6. Otros _____
	7. Seguridad Social	Tiene Usted Derecho a Servicio de Salud. 1. S.E.S. 2. IMSS 3. ISSSTE 4. Privado 5. Empresarial 6. Otro _____

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
	<b>Factores Sociales</b>	
	8. Concepto de Salud . Biológico . Funcional . Bienestar . Mágico-Religioso	1. Ausencia de Enfermedad o Síntomas 2. Cumplir responsabilid des 3. Sensación de Bienestar y Armonía con el medio ambiente 4. Armonía entre el bien y el mal. 5. Otro _____ 6. No Sabe
	9. Número de Miembros por Familia	Cuantos Miembros Conforman su Familia 1. 1 a 2      4. 7 a 8      8 + 2. 3 a 4      5. 8 a + 3. 5 a 6
	10. Posición en Familia	Lugar que Ocupa en la Familia 1. Padre      4. Familiare 2do. grado 2. Madre      5. Abuelos 3. Hijos      6. Otros
	11. Conocimientos sobre la enfermedad	¿Cual es el Nombre de su Enfermedad? 1. Tuberculosis Pulmonar 2. Enfermedad del Pulmón 3. Gripe Complicada 4. No sabe 5. Otro
	12. Duración del Tratamiento.	Cuanto Tiempo Duro su Tratamiento 1. Menos de 1 mes 2. Hasta tres meses 3. Hasta seis meses 4. Hasta doce meses 5. Más de 12 meses 6. No sabe 7. Otro _____
	13.	Sabe Usted que al no Tomar el Medicamento Puede Infectar a Otros. Si lo sabe____ No lo sabe____
	14.	Como Piensa que Usted se Enfermo. 1. Familiar enfermo 2. Amigo o compañero enfermo 3. Permanecer bien 4. Por complicación de una gripe 5. Por tener un trabajo pesado 6. No sabe_____ 7. Otro_____
Factores Culturales	15. Susceptibilidad es el riesgo percibido del individuo de creer en cuanto estado por abandonar el tratamiento y sea negándolo, admitiendo una posibilidad o probabilidad.	Que Sucedería si Usted Abandona el tratamiento. 1. Continuar igual 2. Agravarse 3. Tener otra enfermedad 4. Morir 5. No sucederme nada 6. Otro_____

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)				
	<p>16.</p> <p>17. Severidad persona que al haber abandonado el tratamiento produzca consecuencias en su salud vida.</p> <p>18.</p> <p>19.</p> <p>20. Beneficios percibidos es la creencia o del individuo de que las acciones que emprenden serán efectivos para recuperar en salud.</p> <p>21.</p> <p>22. Barreras Son actividades o acciones no planeadas o fuerzas negativas que producen un conflicto y que entorpece en cumplimiento del tratamiento.</p>	<p>Cuando el diagnosticaron la enfermedad hizo usted:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acepto el diagnostico e inicio al tratamiento busco otra opción médica.</li> <li>2. Buscó otra opción médica</li> <li>3. Acepto el diagnostico pero nunca inicio el tratamiento</li> <li>4. No comprendió el diagnostico y regreso a estudios.</li> <li>5. Otros _____</li> </ol> <p>Que le Suceder</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puede enfermar de tuberculosis</li> <li>2. No sabe nada</li> <li>3. No sabe</li> <li>4. Problemas para tolerar medicamento</li> <li>5. Otros _____</li> </ol> <p>Que daños cree Ud. le produzca el abandono del tratamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problemas para tolerar los medicamentos.</li> <li>2. Complicaciones de la enfermedad</li> <li>3. Enfermedades agregadas</li> <li>4. No sabe</li> <li>5. Otros _____</li> </ol> <p>Que tan serios serían estos daños.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>1. Mortal</td> <td>3. Moderado</td> </tr> <tr> <td>2. Grave</td> <td>4. Sin seriedad</td> </tr> </table> <p>Que beneficios tendría usted si terminara el tratamiento.</p> <hr/> <p>Que beneficios tendría usted si reiniciara su tratamiento.</p> <p>Que dificultades encontró usted para llevar a cabo su tratamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Horario Inaccesible del servicio de salud Dificultades de traslado</li> <li>2. Dificultades de traslado de servicio de salud.</li> <li>3. Falta de Medicamentos</li> </ol>	1. Mortal	3. Moderado	2. Grave	4. Sin seriedad
1. Mortal	3. Moderado					
2. Grave	4. Sin seriedad					

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
		4. Atención no satisfactoria de parte del personal de salud. 5. Problemas económicos 6. Problemas familiares 7. Ninguna dificultad 8. Otros _____
	23.	El tratamiento médico le ocasiono problemas a su persona. 1. Si                    2. No                    3. No sabe
	24. Autoeficacia Es la convicción de que la persona puede exitosamente concluir el tratamiento.	Ha intentado alguna vez reiniciar el tratamiento. 1. Si                    3. No lo necesito 2. No
	25.	Si Ud. reiniciará el tratamiento que resultados tendría. 1. Tendría éxito                    3. Nunca 2. No tendría éxito
	26. Señales de Acción: Son incentivos o reforzadores para estimular el cumplimiento del tratamiento	Ha recibido atención sobre su enfermedad y tratamiento de parte de personal de salud. 1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
	27. Orientación del personal.	Que persona lo ha orientado sobre su tratamiento. 1. Médico 2. Enfermera 3. Promotor de la Salud 4. Familiar 5. Ninguna persona 6. Otros _____
	28. Seguimiento en el domicilio.	El personal de salud lo visitó en su domicilio. 1. Si                    2. No
	29.	Con que frecuencia lo visita el personal de salud. 1. Entre 8 y 15 días 2. Cada mes 3. Cada tres meses 4. Dos veces al año 5. Una vez al año 6. Nunca
	30. Apoyo Familiar	Su familia se interesa por su salud. 1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
Abandono del tratamiento Antituberculoso (Variable dependiente)	31.	Quien lo acompaña a la consulta 1. Familiar 2. Amigo 3. Vecino 4. Asiste solo 5. Otro _____
	32. Educación Masiva	Busca Usted información relacionada con su enfermedad. 1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca
	33.	La información respecto a su enfermedad la ha encontrado 1. Televisión y radio. 2. Carteles y folletos del Centro de Salud. 3. Directa del personal de salud. 4. Grupos de la comunidad. 5. No ha recibido información. 6. Otros
	34. Tiempo de Abandono	Hace cuánto tiempo abandonó el tratamiento médico. 1. más de treinta días 2. uno a tres meses 3. tres a seis meses 4. Seis a doce meses 5. Más de un año 6. No lo recuerdo 7. Otro _____
	35. Motivos de abandono	Porqué motivos abandonó Usted el tratamiento. _____
	36. Respuesta posterior el abandono.	Después de abandonar el tratamiento qué sucedió. 1. Me sentí mejor 2. Se agravó la enfermedad 3. Tuve rechazo familiar 4. Problemas laborales 5. Otro _____ 6. No sucedió nada _____
	37. Necesidad de ayuda	Le interesa reiniciar el tratamiento. 1. Si _____ 2. No _____

VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
	38.	<p>Ha buscado ayuda o consulta para reiniciar el tratamiento.</p> <p>1. Si _____ 2. No _____</p>
	39. Tipo de Ayuda	<p>Qué tipo de ayuda requiere para continuar el tratamiento.</p> <p>1. Atención médica y de enfermería  2. Tener tratamiento médico  3. Apoyo familiar  4. Apoyo económico  5. No requiere ayuda  6. Otro _____</p>

A N E X O 2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA

Investigación Factores Sociales y Culturales Asociados con el Abandono del Tratamiento en Tuberculosos.

1. Ficha de Identificación	Clave
Número de Encuesta	_____
Nombre _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Domicilio _____	
Colonia _____ Municipio _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. Factores Sociales

1. Edad (años cumplidos) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Sexo _____ 1. Masculino      2. Femenino	<input type="checkbox"/>
3. Escolaridad (ciclo escolar máximo que completo) 1. Sin escolaridad      4. Secundaria Incompleta 2. Primaria Incompleta      5. Secundaria Completa 3. Primaria Completa      6. Estudios Postsecundaria	<input type="checkbox"/>
4. Ocupación: A que se dedica Ud. (empleo) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Estado Civil 1. Soltero      4. Divorciado 2. Casado      5. Otro 3. Viudo	<input type="checkbox"/>
6. Estrato Económico 1. Menos de salario Mínimo      4. 3 ó mas salarios mínimo 2. Un salario mínimo      5. Sin Salario fijo 3. Dos salarios mínimos      6. Otro	<input type="checkbox"/>

7. Seguridad Social (Tiene Ud. a servicios de salud)

- |           |                |
|-----------|----------------|
| 1. SES    | 4. Privado     |
| 2. IMSS   | 5. Empresarial |
| 3. ISSSTE | 6. Otros       |

8. Que es para Ud. Salud.

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Ausencia de enfermedad<br>ó síntomas                          | 4. Armonía entre el bien<br>o el mal |
| 2. Cumplir responsabilidades<br>y actividades en forma<br>normal | 5. No sabe                           |
| 3. Sensación de bienestar y<br>armonía con el medio ambiente.    | 6. Otros                             |

9. Número de miembros por familia.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. 1 - 2 | 4. 7 - 8 |
| 2. 3 - 4 | 5. 8 - + |
| 3. 5 - 6 |          |

10. Posición en la familia (lugar que ocupa en la familia)

- |          |                              |
|----------|------------------------------|
| 1. Padre | 4. Familiar en segundo grado |
| 2. Madre | 5. Abuelos                   |
| 3. Hijo  | 6. Otros                     |

11. Conocimientos sobre la enfermedad.

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1. Tuberculosis pulmonar | 4. No sabe |
| 2. Enfermedad del Pulmón | 5. Otros   |
| 3. Gripe Complicada      |            |

12. Cuanto tiempo dura su tratamiento

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. Menos de 1 mes   | 5. Más de 12 meses |
| 2. Hasta tres meses | 6. No sabe         |
| 3. Hasta seis meses | 7. Otro            |
| 4. Hasta doce meses |                    |

13. Sabe ud. que al no tomar el medicamento puede infectar a otros.

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 1. Si sabe_____ | 2. No sabe_____ |
|-----------------|-----------------|

**111. Factores Culturales Susceptibilidad**

14. Como piensa que Ud. se enfermo.
- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Familiar enfermo              | 5. Por tener un trabajo pesado. |
| 2. Amigo o compañero enfermo     | 6. No sabe                      |
| 3. Por no comer bien             | 7. Otros _____                  |
| 4. Por complicación de una gripe |                                 |

15. Que sucedería si Ud. abandonara el tratamiento.

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 1. Continuar igual       | 4. Morir          |
| 2. Agravarse             | 5. No sucede nada |
| 3. Tener otra enfermedad | 6. Otro _____     |

**Severidad**

16. Cuando le diagnosticaron la enfermedad que hizo Ud.?

- |  |   |
|--|---|
| 1. Acepto el Dx. e inició el tratamiento inmediatamente. | 4. No comprendió el diagnostico y regresó a estudios. |
| 2. Buscó otra opción médica.                             | 5. Otros  |
| 3. Aceptó el dx. pero no inicio el tratamiento.          |   |

17. Que le sucedería a su familia por abandonar Ud. el tratamiento?

- |                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1. Puede enfermar de Tuberculosis | 3. No sucede nada |
| 2. No sabe                        | 4. Otros          |

18. Que daños cree Ud. le produzca el abandono del tratamiento?

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Problemas para tolerar los medicamentos | 4. No sabe |
| 2. Complicaciones de la enfermedad         | 5. Otros   |
| 3. Enfermedades agregadas                  |            |

19. Que tan serios serían los daños

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| 1. Mortal | 3. Moderado     |
| 2. Grave  | 4. Sin seriedad |

**Beneficios Percibidos**

20. Que beneficios tendría Ud. si terminara su tratamiento?

---

---

21. Que beneficios tendría Ud. si reiniciaré su tratamiento?

---

---

**Barreras**

22. Que dificultades encontró Ud. para llevar a cabo su tratamiento?

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. Horario inasesible del servicio de salud                  | 5. Problemas económicos |
| 2. Dificultades del traslado al servicio de salud            | 6. Problemas familiar   |
| 3. Falta de medicamentos                                     | 7. Ninguna dificultad   |
| 4. Atención no satisfactoria de parte del personal de salud. | 8. Otro                 |

23. El tratamiento médico le ocasiono problemas a su persona?

- |       |            |
|-------|------------|
| 1. Si | 3. No sabe |
| 2. No |            |

**Autoeficacia**

24. Ha intentado alguna vez reiniciar el tratamiento?

- |       |       |                   |
|-------|-------|-------------------|
| 1. Si | 2. No | 3. No lo necesito |
|-------|-------|-------------------|

25. Si Ud. reiniciaré el tratamiento que resultados tendría?

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1. Tendría éxito    | 3. No sabe |
| 2. No tendría éxito |            |

**Señales de Acción**

26. Ha recibido orientación sobre su enfermedad y tratamiento de parte del personal de salud?

- |                  |          |
|------------------|----------|
| 1. Siempre       | 3. Nunca |
| 2. Algunas veces |          |

**Orientación de Personal**

27. Que persona lo ha orientado sobre su tratamiento?

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. Médico         | 4. Familias        |
| 2. Enfermera      | 5. Ninguna persona |
| 3. Promotor Salud | 6. Otros           |



**Motivo de Abandono**

35. Por que motivo abandono Ud. el tratamiento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Respuesta Posterior al Abandono**

36. Después de abandonar el tratamiento que sucedió?

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1. Me sentí mejor          | 4. Problemas laborales |
| 2. Se agravó la enfermedad | 5. No sucedió nada     |
| 3. Tuve rechazo familiar   | 6. Otro                |

**Necesidad de Ayuda**

37. Le interese reiniciar el tratamiento?

1. Si                      2. No

38. Ha buscado ayuda o consultar para reiniciar el tratamiento?

1. Si                      2. No

**Tipo de Ayuda**

39. Que tipo de ayuda requiere?

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 1. Atención médico y de enfermería | 4. Apoyo económico   |
| 2. Tener tratamiento médico        | 5. No requirió ayuda |
| 3. Apoyo familiar                  | 6. Otros             |

Observaciones. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Entrevistador \_\_\_\_\_

1. Fecha de aplicación de la encuesta \_\_\_\_\_  
2. Visito \_\_\_\_\_  
3. Visita \_\_\_\_\_

### A N E X O 3

#### UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE SALUD PUBLICA

Instructivo para la cedula de entrevista de la investigación "Factores Sociales y Culturales, Asociados con el Abandono del Tratamiento Antituberculoso"

#### I. Ficha de Identificación

Nombre: Aquí se anotará el nombre completo, apellido paterno y materno de la persona relacionada para la aplicación del cuestionario.

Ejemplo: Rene Elizondo Treviño.

Domicilio: Anote el nombre de la calle y numero oficial asignado a la vivienda, colonia y Municipio.

Ejemplo: Revolución Sur 104 col. Zapata. Monterrey

#### 11. Factores Sociales

1. Edad: Anote en años cumplidos la edad de la persona encuestada (recuerde que solo se encuestara a las personas que abandonaron el tratamiento por más de 30 días).
2. Sexo: Anote el número 1 para Masculino y 2 para Femenino.
3. Escolaridad: Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completó el encuestado, se utilizarán las siguientes opciones:
  1. Sin escolaridad
  2. Primaria incompleta
  3. Primaria completa
  4. Secundaria incompleta
  5. Secundaria completa
  6. Estudios postsecundaria
4. Ocupación: Escriba lo más completo posible la ocupación que refiere el encuestado.
5. Estado Civil: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponde al encuestado.
  1. Soltero
  2. Casado
  3. Viudo
  4. Divorciado
  5. Otro \_\_\_\_\_
6. Estrato Económico: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.
  1. Menos del salario mínimo
  2. Un salario mínimo
  3. Dos salarios mínimos
  4. 3 ó más salarios
  5. Sin salario fijo
  6. Otros.

7. Seguridad Social: ¿ Tiene Ud. derecho a algún tipo de Seguridad Social ?  
 Seleccione de las opciones el número del tipo de Seguridad Social que dice tener el encuestado, en caso de no aplicar en las opciones: escriba en otro el tipo de Seguridad que dice tener:
- |           |                |
|-----------|----------------|
| 1. SES    | 4. Privado     |
| 2. IMSS   | 5. Empresarial |
| 3. ISSSTE | 6. Otros       |
8. ¿ Que es para Ud. Salud ?  
 Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado, en caso de no aplicar en las opciones; escriba en otros la respuesta del encuestado.
- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1. Ausencia de Enfermedad o Síntomas                        | 4. Armonía entre el bien y el mal |
| 2. Cumplir responsabilidades y actividades en forma normal. | 5. No sabe                        |
| 3. Sensación de bienestar y armonía con el medio ambiente.  | 6. Otros                          |
9. Número de miembros por familia: Anote en el espacio la opción que corresponda al encuestado.
- |          |          |            |
|----------|----------|------------|
| 1. 1 - 2 | 3. 5 - 6 | 5. 8 - más |
| 2. 3 - 4 | 4. 7 - 8 |            |
10. Posición en la Familia: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado si es otros escriba cual es:
- |          |                              |
|----------|------------------------------|
| 1. Padre | 4. Familiar en Segundo Grado |
| 2. Madre | 5. Abuelos                   |
| 3. Hijo  | 6. Otros                     |
11. Conocimientos sobre la enfermedad: ¿Cuál es el nombre de su enfermedad? Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado. En caso de no aplicar en las opciones escriba en otros el nombre de la enfermedad que le da al encuestado.
- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1. Tuberculosis Pulmonar | 4. No Sabe |
| 2. Enfermedad del Pulmón | 5. Otros   |
| 3. Gripe complicada      |            |
12. Cuanto tiempo dura su tratamiento ? Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado, en caso de no aplicar en las opciones; escriba en otros el tiempo que refiera el encuestado.
- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. Menos de un mes  | 5. Más de 12 meses |
| 2. Hasta tres meses | 6. No sabe         |
| 3. Hasta seis meses | 7. Otros           |
| 4. Hasta doce meses |                    |



1. Problemas para tolerar el medicamento
  2. Complicaciones de la enfermedad
  3. Enfermedades agregadas
  4. No sabe
  5. Otros
19. Que tan serio serían los daños: Anote en el espacio el número de la opción que corresponde al encuestado.
1. Mortal
  2. Grave
  3. Moderado
  4. Sin seriedad

**Beneficios Percibidos**

20. Que beneficios tendría Ud si terminará su tratamiento? Anote en el espacio los beneficios que dice tener si terminará su tratamiento.
21. Que beneficios tendría Ud. si reiniciará su tratamiento?: Anote los beneficios que dice tener si reiniciará su tratamiento.

**Barreras**

22. Que dificultades encontró Ud. para llevar a cabo su tratamiento ? Seleccione el número de la opción, existe un espacio en la opción número 8 otros para anotar en caso de no aplicar las opciones anteriores.
1. Horario inaccesible del servicio de salud.
  2. Dificultades del traslado al servicio de salud.
  3. Falta de medicamento
  4. Atención no satisfactoria de parte del personal de salud.
  5. Problemas económicos
  6. Problemas familiares
  7. Ninguna dificultad
  8. Otro
23. El tratamiento médico le ocasionó problemas a su persona?: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponde al encuestado.
1. Si
  2. No
  3. No sabe

**Autoeficacia**

24. Ha intentado alguna vez reiniciar el tratamiento?: Seleccione el número de la opción.
1. Si
  2. No
  3. No lo necesito
25. Si Ud. reinició el tratamiento que resultados tendría? : Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponde al encuestado.
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe

#### IV. Señales de Acción

26. \ Ha recibido orientación sobre su enfermedad y tratamiento de parte del personal de salud ? : Anote en el espacio el número que corresponda a la respuesta.

1. Siempre                      2. Algunas veces                      3. Nunca

#### Orientación de Personal

27. Que persona lo ha orientado sobre su tratamiento ? : Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado en caso de no aplicar en las opciones, escriba en otros la respuesta de la orientación del personal.

1. Médico                      3. Promotor salud                      5. Ninguna persona  
2. Enfermera                      4. Familiar                      6. Otros

#### Seguimiento en el Domicilio

28. El personal de salud lo visitó en su domicilio ? : Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada.

1. Si                                      2. No

29. Con que frecuencia lo visita el personal de salud?: Si la respuesta anterior fue si anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.

1. Entre 8 y 15 días                      4. Dos veces al año  
2. Cada mes                      5. Una vez al año  
3. Cada tres meses                      6. Nunca

#### Apoyo Familiar

30. Su familia se interesa por su salud?: Selecciones de las siguientes opciones la que se relacione en la respuesta que da el encuestado.

1. Siempre                      2. Algunas veces                      3. Nunca

31. Quien lo acompaña a la consulta?: Anote el número que seleccione el entrevistado si la opción fue otros anota claramente la respuesta del encuestado en el número 5 que corresponde a otros.

1. Familiar                      3. Vecino                      5. Otros  
2. Amigo                      4. Asistió sólo

#### Educación Masiva

32. Busca ud. información relacionada con su enfermedad? Selecciones el número que te da el encuestado.

1. Siempre                      2. Algunas veces                      3. Nunca

33. La información respecto a su enfermedad la ha encontrado en: Seleccione el número de la opción que da el encuestado en caso de se otros anota en el número 6 la respuesta que da el encuestado.

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. Televisión y Radio                      | 4. Grupos de la comunidad     |
| 2. Carteles y folletos del centro de salud | 5. No ha recibido información |
| 3. Directa del personal de salud.          | 6. Otros                      |

#### V Abandono del Tratamiento Tiempo de Abandono

34. Hace cuanto tiempo abandonó el tratamiento médico?: Anote el número que selecciono el entrevistado. Si la opción fue otros anota el número 7 la respuesta del entrevistado.

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. Más de treinta días | 4. Seis a doce meses |
| 2. Uno a tres meses    | 5. Más de un año     |
| 3. Tres a seis meses   | 6. No lo recuerdo    |
|                        | 7. Otro              |

#### Motivos de Abandono

35. Porqué motivos abandonó Ud. el tratamiento ? : Anote claramente los motivos del abandono que refiere el encuestado.

#### Respuestas Posteriores al Abandono

35. Después de abandonar el tratamiento que sucedió?: Anote el número que selecciono el entrevistado. Si la respuesta fue otros anota la respuesta claramente en el número 6 que corresponde a otros.

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1. Me sentí mejor          | 4. Problemas laborales |
| 2. Se agravó la enfermedad | 5. No sucedió nada     |
| 3. Tuve rechazo familiar   | 6. Otros               |

#### Necesidad de Ayuda

37. Le interesa reiniciar el tratamiento ? : Selecciones el número de la opción que corresponda a la respuesta del encuestado.

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

38. Ha buscado ayuda o consulta para reiniciar el tratamiento?: Anote el número que seleccionó el encuestado.

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

#### Tipo de Ayuda

39. Que tipo de ayuda requiere para continuar el tratamiento?: Anote el número que selecciono el entrevistado y si la respuesta es otros en el número 6 escriba con claridad la respuesta del entrevistado.

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. Atención médica y de Enfermería. | 4. Apoyo económico   |
| 2. Tener tratamiento médico.        | 5. No requirió ayuda |
|                                     | 6. Otros             |

### 3. Apoyo familiar.

**Nombre del encuestador:** Anote en la línea correspondiente el nombre completo del encuestador iniciando con nombre, apellido paterno y materno. Ejemplo. Abelardo Guajardo Salinas.\

La fecha de la aplicación de la encuesta (entrevista) anote claramente la fecha de cuando se hizo la ampliación anotando día, mes y año. Ejemplo. 6 de Octubre 1993.

**2da y 3era visita:** Estos dos se utilizaran anotando fecha de posibles visitas en los casos que falten algunos datos del encuestado se considerarán 3 visitas para completar la encuesta.

Al terminar la encuesta de las gracias al entrevistado pos su colaboración.

Monterrey, Nuevo León a Julio 1994

A N E X O 4

CRUCE DE VARIABLES PARA CONSTRUIR LOS CUADROS DE CORRELACION

		Abandono de Tratamiento
Factores Sociales Demográficos	2. Edad 3. Sexo 4. Escolaridad 5. Ocupación 7. Estrato Económico	35 36 37
Factores Sociales	9. Concepto Salud 12. Conocimientos Salud Enf. 13. Duración del Tratamiento 14 y 15. Conocimiento de Infectar a Otros.	35 36 37
Factores Culturales	16 y 17. Susceptibilidad 18,19 y 20. Severidad 21 y 22. Beneficios 23 y 24. Barreras 25 y 26. Autoeficacia	35,36,37,38 38,39,40
Señales de Acción	27,28,29,30. y 31	35,36,37,38,39 y 40

A N E X O 5

DATA LIST FILE 'ABELARDO.DAT'

/V1 1-2 V2 4 V3 6 V4 8 V5 10 V6 12 V7 14 V8 16 V9 18 V10 20 V11 22  
V12 24 V13 26 V14 28 V15 30 V16 32 V17 34 V18 36 V19 38 V20 40 V21  
42  
V22 44 V23 46 V24 48 V25 50 V26 52 V27 54 V28 56 V29 58 V30 60 V31  
62  
V32 64 V33 66 V34 68 V35 70 V36 72 /V37 1 V38 3 V39 5 V40 7.

LABELS

/V1 'CLAVE'  
/V2 'EDAD'  
/V3 'SEXO'  
/V4 'ESCOLARIDAD'  
/V5 'OCUPACION'  
/V6 'EDO CIVIL'  
/V7 'EST ECONOMICO'  
/V8 'SEGURIDAD SOC'  
/V9 'QUE ES PARA UD SALUD'  
/V10 'No MIEMBROS FAM'  
/V11 'POSICION FAM'  
/V12 'CONOC ENFERMEDAD'  
/V13 'TIEMPO DURA TRAT'  
/V14 'SABE NO TRAT INFEC'  
/V15 'COMO PIENSA QUE ENFERMO'  
/V16 'SUCED SI ABAND TRAT'  
/V17 'CUANDO DX ENF QUE HIZO'  
/V18 'QUE SUCEDE A FAM X ABAND TRAT'  
/V19 'DAÑOS LE PROD ABAND TRAT'  
/V20 'SERIEDAD DE DAÑOS'  
/V21 'BENEF SI TERMINA TRAT'  
/V22 'BENEF SI REINICIA TRAT'  
/V23 'DIFICULTAD PARA LLEVAR SU TRAT'  
/V24 'PROBLEMAS X TRAT'  
/V25 'INTENTO DE REINICIO TRAT'  
/V26 'RESULTADOS X REINICIO TRAT'  
/V27 'REC ORIENT ENF Y TRAT PER SALUD'  
/V28 'PERSONA QUE ORIENTO TRAT'  
/V29 'PERS SALUD VISITO SU DOM'  
/V30 'FREC VISITA PERS SALUD'  
/V31 'INTERESO FAMILIA X SU SALUD'  
/V32 'QUIEN ACOMPAÑO CONSULTA'  
/V33 'BUSCA INF REL ENF'  
/V34 'INF DE ENF DONDE ENCONTRO'  
/V35 'TIEMPO DE ABANDONO TRAT'  
/V36 'MOTIVO DE ABANDONO TRAT'  
/V37 'ABAND TRAT QUE SUCEDIO'  
/V38 'INTERESA REINIC TRAT'  
/V39 'BUSCO AYUDA REINIC TRAT'  
/V40 'TIPO AYUDA REQUIERE'.

VALUE LABELS

- /V2 1'MENOS 14' 2'15 - 24' 3'25 - 34' 4'35 - 44' 5'45 - 54' 6'55 a +'
- /V3 1'MASCULINO' 2'FEMENINO'
- /V4 1'SIN ESC' 2'PRIM INC' 3'PRIM COM' 4'SEC INC' 5'SEC COMP' 6'EST POST'
- /V5 1'HOGAR' 2'EMPLEADO' 3'DESEMPLEADO' 4'OBRERO' 5'PENS' 6'ESTUDIANTE' 7'COMERCIANTE' 8'MENOR'
- /V6 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'VIUDO' 4'DIVORCIADO' 5'UNION LIBRE'
- /V7 1'MENOS 1 SAL MIN' 2'1 SAL MINIMO' 3'2 SAL MINIMOS' 4'3 o + SAL MIN' 5'SIN SALARIO FIJO' 6'DEPENDIENTE'
- /V8 1'SES' 2'IMSS'
- /V9 1'AUS ENF o SINT' 2'CUM RESP Y ACT NORM' 3'SENS BIEN Y ARM MEDIO AMB' 4'ARM ENTRE BIEN Y MAL' 5'NO SABE'
- /V10 1'1 - 2' 2'3 - 4' 3'5 - 6' 4'7 - 8' 5'9 a +'
- /V11 1'PADRE' 2'MADRE' 3'HIJO' 4'FAM 2o GRADO' 5'ABUELOS' 6'VIVE SOLO'
- /V12 1'TUB PULMONAR' 2'ENF DEL PULMON' 3'NO SABE'
- /V13 1'- 1 MES' 2'3 MESES' 3'6 MESES' 4'12 MESES' 5'+ 12 MESES' 6'NO SABE'
- /V14 1'SI SABE' 2'NO SABE'
- /V15 1'FAM ENFERMO' 2'NO COMER BIEN' 3'COMP GRIPE' 4'TRABAJO PESADO' 5'NO SABE' 6'NO COMER BIEN Y TRAB PES'
- /V16 1'CONTINUARA IGUAL' 2'AGRAVARSE' 3'MORIR' 4'NO SUCEDE NADA' 5'NO SABE'
- /V17 1'ACEP DX INIC TRAT' 2'BUSCO OTRA OPCION' 3'ACEP DX NO INIC TRAT' 4'NO COMPRENDIO DX Y REG EST'
- /V18 1'ENFERMAR TUB' 2'NO SABE' 3'NO SUCEDE NADA'
- /V19 1'NO TOLERA MED' 2'COMP ENF' 3'ENF AGREGADAS' 4'NO SABE' 5'NINGUNO'
- /V20 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'SIN SERIEDAD'
- /V21 1'SE ALIVIARIA' 2'PODRIA TRABAJAR' 3'SE ALIV Y TRAB' 4'NO SABE' 5'NINGUNO'
- /V22 1'SE ALIVIARIA' 2'PODRIA TRABAJAR' 3'SE ALIV Y TRAB' 4'NO SABE' 5'NINGUNO'
- /V23 1'HOR INAC SERV SALUD' 2'DIF TRASL SERV SALUD' 3'FALTA MED' 4'ATN NO SATIS PERS SALUD' 5'PROB ECON' 6'NING DIF' 7'PROB ECON Y FAM'
- /V24 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'
- /V25 1'SI' 2'NO' 3'NO LO NECESITO'
- /V26 1'TENDRIA EXITO' 2'NO EXITO' 3'NO SABE'
- /V27 1'SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'NUNCA'
- /V28 1'MEDICO' 2'ENFERMERA' 3'PROMOTOR SALUD' 4'FAMILIAS' 5'NING PERSONA'
- /V29 1'SI' 2'NO'

/V30 1'ENTRE 8 Y 15 DIAS' 2'CADA MES' 3'3 MESES' 4'DOS VECES AÑO'  
 5'1 VEZ AÑO' 6'NUNCA'  
 /V31 1'SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'NUNCA'  
 /V32 1'FAMILIAR' 2'AMIGO' 3'ASISTIO SOLO'  
 /V33 1'SIEMPRE' 2'ALGUNAS VECES' 3'NUNCA'  
 /V34 1'TELEVISION Y RADIO' 2'CARTELES Y FOLLETOS CS'  
 3'DIRECTA PERS SALUD' 4'GRUPOS COMUNIDAD' 5'NO HA RECIB  
 INFORM'  
 6'CART Y FOLL DIR PERS SALUD'  
 /V35 1'+ 30 DIAS' 2'1 - 3 MESES' 3'4 - 6 MESES' 4'7 - 12 MESES'  
 5'NO RECUERDO' 6'NO HA ABANDONADO TRAT'  
 /V36 1'ECONOMICO' 2'TRAT OCASIONO PROB' 3'SE SINTIO BIEN' 4'POR  
 FALTA MED'  
 5'PROB FAM' 6'NO ABANDONO TRAT'  
 /V37 1'ME SENTI MEJOR' 2'AGRAVO ENF' 3'RECHAZO FAM' 4'PROB  
 LABORALES'  
 5'NO SUCEDIO NADA'  
 /V38 1'SI' 2'NO'  
 /V39 1'SI' 2'NO'  
 /V40 1'ATN MEDICO Y ENFERMERIA' 2'TENER TRAT MEDICO' 3'APOYO FAM'  
 4'APOYO ECON' 5'NO REQUIRIO AYUDA' 6'TRAT MED Y APOYO FAM'.

## A N E X O 6

### PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

- Presentación del examen de grado de maestro en S.P. del 13 al 30 de Junio de 1994.

#### PRESUPUESTOS Y RECURSOS

##### A. Recursos Humanos

- Asesor de tesis 30 horas en costo de	\$	300.00
- Especialista en Computo 30 hrs.		900.00
- 3 encuestadores de 30 hrs. c/u		1,800.00
- Secretaria de 45 horas		1,350.00
	Subtotal \$	4,350.00

##### B. Pasajes viáticos para los investigadores y encuestadores.

Subtotal \$ 450.00

##### C. Papelería y Material de escritorio

- 15000 hojas papel bond tamaño carta	\$	295.00
- 5 Tablas para encuestador		20.00
- 1 caja de lápices		40.00
- 10 Masters		50.00
	Subtotal \$	405.00

**D. Papelería para microcomputadora**

- 3,000 hojas para microcomputadora	90.00
- 2 cinta "datapack" para impresora	33.00
- 1 caja de diskette de alta densidad	70.00
- 1 paquete de hojas para calculo	12.00

Subtotal \$ 205.00

**E. Servicio de encuadernación de 20 tesis 1,800.00**

**T O T A L \$ 7,210.00**

**FINANCIAMIENTO**

Las fuentes financiamiento son las siguientes:

**A. Facultad de Enfermería de la UANL**

- Especialista en computo	900.00
- Encuestadores	1,800.00
- Secretaria	1,350.00

Subtotal 4,050.00

**B. Fuente Directa de los Investigadores**

- Asesor	300.00
- Papelería	405.00
- Pasajes para encuestadores e investigadores	450.00
- Papelería para microcomputadora	205.00
- Servicio de Encuadernación	1,800.00

**T O T A L 7,210.00**



