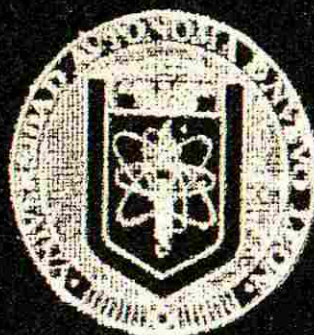


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA



**ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN LOS MUNICIPIOS DE
GUADALUPE, APODACA Y JUAREZ,
NUEVO LEON**

T E S I S
**QUE EN OPCION A GRADO DE MAESTRIA EN
SALUD PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD EN EL TRABAJO**

PRESENTA:
Q.C.B. ABELARDO GUAJARDO SALINAS

MONTERREY, NUEVO LEON

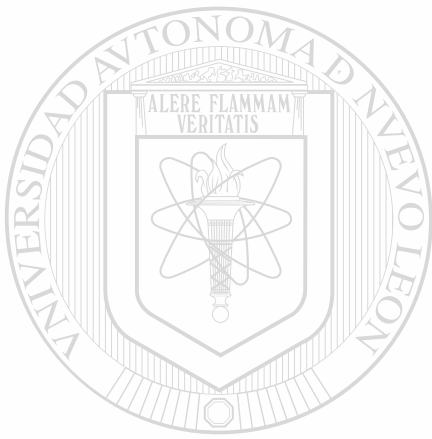
AGOSTO 1994

TM
RC312
.2
.G8
1994
e.1

1994



1080128570



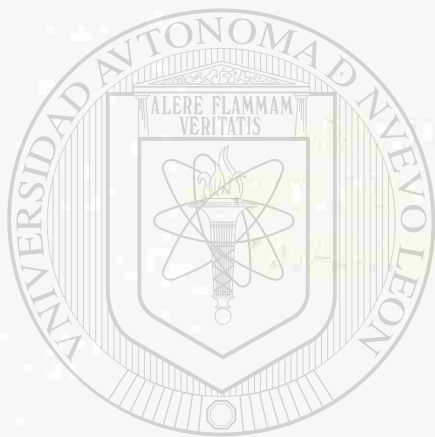
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

QUE EN OPCIÓN A GRADO DE MAESTRÍA EN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
SALUD PÚBLICA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD EN EL TRABAJO

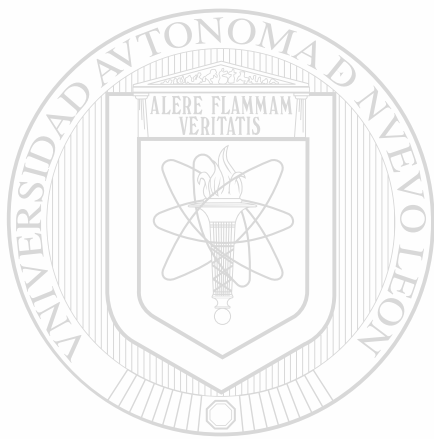
®

PRESENTA:

QUE ABELARDO GUAJARDO SALINAS

MONTAÑANA, NUEVO LEÓN

AGOSTO 1984



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



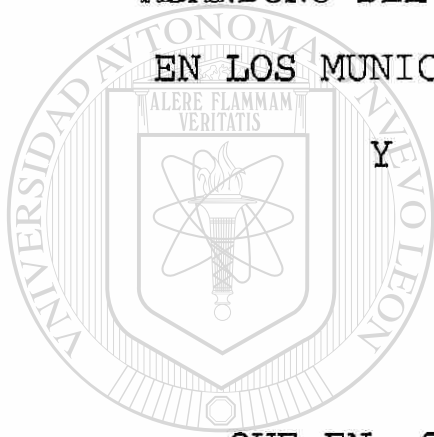
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA

ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

EN LOS MUNICIPIOS DE GUADALUPE, APODACA

Y JUAREZ NUEVO LEON



TESIS:

QUE EN OPCION A GRADO DE MAESTRIA

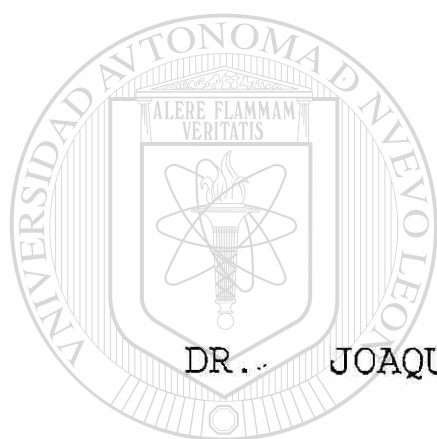
EN SALUD PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN

SALUD EN EL TRABAJO.

PRESENTA:

Q.C.B. ABELARDO GUAJARDO SALINAS

MONTERREY, NUEVO LEON AGOSTO 1994



A S E S O R :

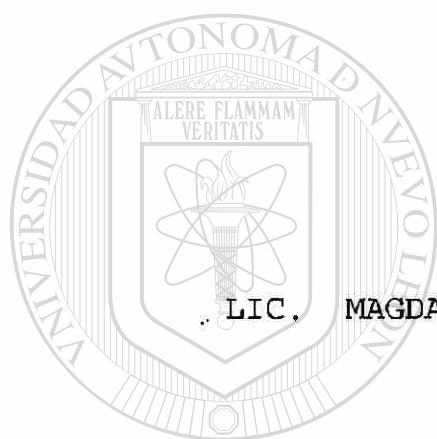
DR. JOAQUIN ESPINOSA BERMUDEZ M.S.P.

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CO - ASESOR

LIC. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

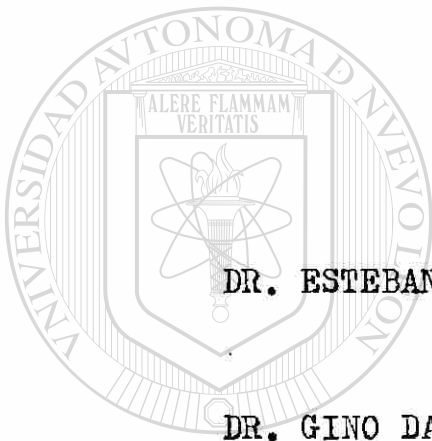
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

COMITE DE TESIS



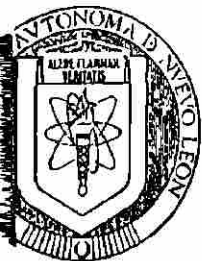
DR. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA, MSP.

DR. GINO DANTE DECANINI TIJERINA, MSP.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DR. MIGUEL ANGEL GONZALEZ OSUNA, MSP.
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DR. EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO Y YURIRIA TELS. 48-60-80 Y 48-43-54
COL. MITRAS CENTRO C. P. 64460 MONTERREY, N. L. MEXICO



DICTAMEN DEL COMITE DE TESIS

El Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado, acordó

A P R O B A R

la tesis titulada ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN LOS MUNICIPIOS DE GUADALUPE, APODACA Y JUÁREZ, N.L.
para la obtención del Grado de MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD EN EL TRABAJO
presentada por el Q.C.B. ABELARDO GUAJARDO SALINAS.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Atentamente,
Monterrey, N.L., 20 de Julio de 19 94 .

"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP. Dr. Gino Dante Decanini Tijerina, MSP.

Dr. Miguel Ángel González Osuna, MSP.

DEDICATORIA

Dar gracias a Dios por lograr esta meta tan anhelada gracias señor.

A mis Padres

Que en el seno de su gloria estan descansando

(+) Felipe Guajardo Salinas y María de Jesus Salinas Salinas.

A mi esposa

Alicia por todo tu tiempo y apoyo sin dejar de creer en mi gracias.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A mis hijos

Abelardo y Alfredo que con esto cumplo en parte un compromiso moral hacia ustedes y nunca olviden que los amo. Su papá

A G R A D E C I M I E N T O S

A la Directora de la Facultad de Enfermería. Lic. Mariana López de Laredo por su apoyo en mi tesis.

A la Lic. en Enfermería Santiago E. Esparza A., Ruth Corral S., Pasante de Lic. en Enfermería Beatriz, Fierro M., y la Srta. Griselda Franco A. por el apoyo que me brindaron en la aplicación de encuestas, en la captura y procesamiento de datos, así como también al personal de almacén por su cooperación.

Agradecimiento muy especial a la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo por su paciencia, tiempo, dedicación que sin este apoyo no hubiera sido posible salir adelante. Pensar que nunca podre pagar esta acción tan noble.

I N D I C E

	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
1 PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 Delimitación del Problema	5
1.2 Justificación	10
2.3 Objetivos	12
II. MARCO TEORICO	
2.1 Epidemiología de la Tuberculosis Pulmonar	14
2.2 La Tuberculosis Pulmonar Etiopatogenica y Tratamiento.	15
2.3 Programa de Control de la Tuberculosis	18
2.4 Modelos de Creencias de Salud para Explicar el Abandono del Tratamiento.	21
2.5 Estudios Relacionados con el Abandono del Tratamiento.	24
2.6 Adaptación del Modelo de Creencias de Salud.	26
III. HIPOTESIS	29

IV. MATERIAL METODOS Y PROCEDIMIENTOS

4.1	Comprobación de Hipótesis	30
4.2	Sujetos	30
4.3	Metodos y Procedimientos	31
4.4	Etica del Estudio	34

V. RESULTADOS

PRESENTACION DE RESULTADOS

5.1	Descripción de Resultados	35
5.2	Comprobación de Hipótesis	118

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1	Análisis de Resultados	124
-----	------------------------	-----

VII. CONCLUSIONES

7.1	Conclusiones	136
7.2	Recomendaciones	140

VIII. BIBLIOGRAFIA

8.1	Referencias Bibliográficas	144
-----	----------------------------	-----

IX A N E X O S

ANEXO I Esquema de Operacionalización de las Variables del Estudio.

ANEXO II Encuesta

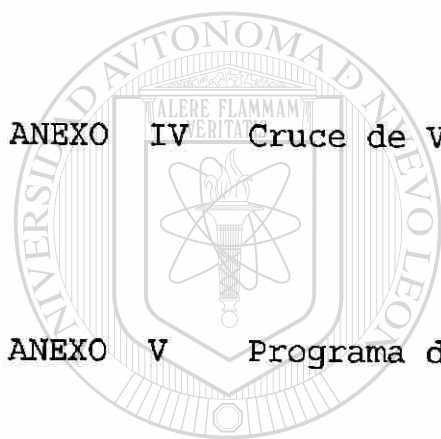
ANEXO III Instructivo para la Cedula de la Entrevista

ANEXO IV Cruce de Variables

ANEXO V Programa de Captura

ANEXO VI Presupuesto y Financiamiento

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Introducción

La Tuberculosis es una enfermedad universal conocida desde tiempo inmemorial, que en la actualidad persiste como un problema importante de Salud Pública, tanto por la génesis de la enfermedad que involucra aspectos Sociales, Económicos, Culturales y Ambientales como por el rol que desempeña el paciente y su familia en el cumplimiento del tratamiento, y en consecuencia justamente por la falta o escasez de estos elementos. (Toman 1980)

México da sus inicios de observación y tratamiento de tuberculosis en 1891, pero fue hasta 1924 cuando se iniciaron actividades de lucha antituberculosa; la vacuna como recurso de prevención es aplicada por vía oral por vez primera en 1945, y en mayo del mismo año se inicia su aplicación por vía intradérmica. Es hasta 1963 - 1964 que el comité de expertos de la O.M.S. determina la importancia de establecer normas técnicas y administrativas y en 1974. Se definen los requisitos y características que deben tener los programas en términos de cobertura y aceptación. (Toman 1980)

La Tuberculosis exige de un eficaz control de los profesionales de la salud, razón por la cual los Ministros de Salud en América Latina y el Comité de Expertos de Tuberculosis de la O.M.S. en su noveno informe del año de 1963 establece como un criterio que el programa antituberculoso debe estar integrado en la estructura sanitaria de la comunidad, debe ser

un servicio permanente y accesible que satisfaga las necesidades de salud de la población. (OMS 1984).

A pesar de los esfuerzos del sector salud que ofrece la vacunación con B.C.G., y atención médica gratuita, la tuberculosis en México y en el Estado de Nuevo León continua presente en el perfil epidemiológico. A nivel nacional la mortalidad, por tuberculosis en todas sus formas fue de 6.69 por 100,000 habitantes en 1990. Para Nuevo León la tasa fue de 6.78 por 100,000 habitantes en ese mismo año (SES 1990). Existen evidencias de que la enfermedad es más frecuente en zonas de extrema pobreza por lo que se asocian a ella diversos factores relacionados, con la conducta del hombre, como por la posición de este en la estructura social, y por factores externos. Producto de estas observaciones, se considera la necesidad de estudiar que factores están asociados con la conducta del paciente tuberculoso para que logre su total recuperación. Uno de los factores que limitan el éxito de la atención del paciente es lo referente al abandono del tratamiento. Se ha estudiado por Rubel y Garro (1992) que el problema del régimen terapéutico no esta en los esquemas farmacológicos; más bien se deriva de factores como son: La confusión de la gente con relación a las consecuencias de la enfermedad, el costo de transporte y los horarios de los servicios de salud, el estigma social, problemas organizacionales de los servicios de salud y la percepción del

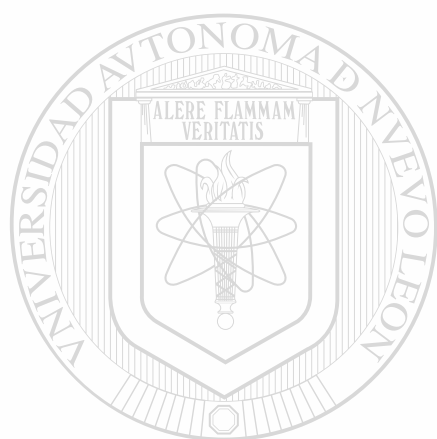
paciente con respecto a la enfermedad.

La contribución de los profesionales de la salud pública es el participar en el mejoramiento de los niveles de salud de la población y controlar los problemas de salud prioritarios y prevalentes. La Tuberculosis pulmonar obliga a estos profesionales a investigar los factores y las tendencias epidemiológicas de ella a fin de conocer que aspectos se presentan en la comunidad que impiden un eficaz control.

El abandono del tratamiento representa una barrera que impide el éxito en las acciones de Salud Pública y los factores inherentes al paciente que pudieran dar las explicaciones científicas que se requieren, por tal motivo el Modelo de Creencias de Salud (M.C.S.) de Rosenstock (1966) presenta un marco teórico y metodológico que contribuye a explicar acciones preventivas y promocionales o asegurar los tratamientos por parte del paciente.

El presente estudio tiene como propósito conocer que factores sociales y culturales se encuentran asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en el marco del M.C.S. Rosenstock (1966). El diseño del estudio es descriptivo retrospectivo y transversal (Rojas Soriano 1991) y el universo fué los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar de enero a diciembre de 1993. reportados en la Jurisdicción # 4 de la Secretaría Estatal

de Salud que corresponde a los municipios de Guadalupe, Apodaca y Juárez. La muestra fué no probabilística por conveniencia Rojas Soriano (1991) de aquellos pacientes con diagnóstico de Tuberculosis que hallan abandonado el tratamiento por más de 30 días.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1. Problema de Investigación

1.1 Delimitación del Problema

El abandono del tratamiento o el no cumplimiento de indicaciones médicas es una situación que se ha estudiado con mayor frecuencia en la última década (Rosenstock 1988) debido a los bajos índices de cumplimiento de ellos. El problema del abandono del tratamiento es más frecuente en individuos con padecimientos crónicos o con aquellas que recibe tratamiento médico por largos períodos (Kodadeck 1985)

La experiencia por las que atraviesan los pacientes al enfrentarse a un diagnóstico de enfermedad crónica los llevaran a presentar en un primer momento desorganización o desajuste entre sus ideas, sentimientos, incredulidad seguidos por ansiedad enojo, culpa, depresión en esta primera etapa el individuo y la familia requieren de expresar sus sentimientos, dudas problemas que se presentan a partir del diagnóstico de la enfermedad y de como será manejada esta en el futuro.

Esta primera etapa fundamental si se desea que el individuo tenga éxito en su tratamiento de tal forma que el personal de salud debe al inicio del diagnóstico de la enfermedad orientarlo significativamente, ayudarlo a expresar su sentimiento y emociones e interesarlo por escuchar a otros pacientes con su mismo problema a compartir sus experiencias vividas con la enfermedad. A partir de este momento el

individuo puede iniciar un proceso de organización o cambios en su estilo de vida, inicia gradualmente a aceptar su condición y su tratamiento sin embargo pudiera no llegarse a esta etapa con el individuo ante la ausencia de seguimiento en el domicilio por parte del personal de salud, falta de apoyo familiar reacciones adversos al medicamento, dificultad administrativas y falta de suministro medicamentos esta etapa resulta muy critica para el paciente y su familia porque deben aprender diferentes formas de manejar la enfermedad y poder tener una mejor calidad de vida finalmente el paciente debe aprender a vivir con la enfermedad hacer ajuste en su individualidad y vida familiar incorporando la enfermedad como forma de vida; es probable que se cambian roles, funciones y posición social en este aspecto influye como factores que condicionan el abandono la situación laboral del individuo el desequilibrio entre la producción de bienes y servicios y la reproducción de satisfactores básicos como la vivienda alimentación y servicios dentro de los que destacan la salud (Laurell 1982).

El abandono del tratamiento también a sido estudiado desde el punto de vista de los efectos de la quimioterapia donde se a valorado la necesidad de acortar los tratamientos y de modificar los regímenes medicamentosos, en un estudio en Singapur en 1974 resultó con mayor eficacia el uso de una única droga en la etapa de sostén a fin de lograr mayor eficacia y éxito del paciente (Toman 1980).

La persistencia bacteriana es un fenómeno de especial importancia patógena y terapéutica; los experimentos en laboratorio han demostrado que los fármacos bactericidas matan los germenos patogenos solo en etapa de multiplicación, pero no así cuando estos están en etapa de escasa actividad metabólica es decir cuando la proliferación bacteriana casi se ha detenido y los microorganismos están en etapa de latencia no son destruidos por los medicamentos bactericidas; se desconoce de las lesiones del hombre con los bacilos en latencia pero se ha descubierto que puede estar meses e incluso años. Por lo que este factor de persistencia pudiera afectar el tratamiento también puede presentar reacciones de hipersensibilidad al medicamento por múltiples factores y provocar al paciente signos y síntomas agregados, tales como fiebre, erupción, prurito hasta el aumento de tamaño de ganglios linfáticos, esplenomegalia, hepatomegalia, ictericia, llegando a presentar cuadros graves de encefalopatía y de presiones de médula ósea, estos factores también influyen en el abandono del tratamiento; finalmente otra área de factores que afectan el cumplimiento del tratamiento son aquellos que están relacionados con la cultura de la persona y sus condiciones sociales, los conocimientos que sobre la enfermedad se tienen y las ideas y los conceptos sobre la salud y la enfermedad tienen que ser con la forma que el hombre se ve a sí mismo a la naturaleza y la relación de este con ella de tal forma que el origen de la

enfermedad puede estar asociada a elementos biológicos, ambientales, funcionales, mágicos y, religiosos o no tener explicaciones, estos aspectos influyen en la decisión de solicitar atención médica y de seguir o no las prescripciones señaladas. Por otro lado la cultura como modo de vida de las personas influyen en conductas, costumbres, hábitos y estilos de vida con relación a salud - enfermedad de tal manera que el éxito del tratamiento médico va a depender de la forma en que la persona percibe la enfermedad, los daños que le produce al abandonar las prescripciones, del balance que haga entre los beneficios que obtiene con el tratamiento y las barreras, dificultades o restricciones que están implicados. La capacidad que el individuo tiene de iniciar y terminar una acción va a depender de cuan eficaz se perciba y de experiencias anteriores, esto también influye en el abandono del tratamiento.

El reconocer la existencia multifactorial del abandono del tratamiento antituberculoso nos obligó a pensar que esta temática debe ser abordada en forma multidisciplinaria; por lo cual sería difícil en este momento abordar toda esta temática; de tal forma que los anteriores del presente estudio consideran que el abordar los factores sociales y culturales pudieran dar respuestas significativas para en un futuro plantear estrategias que lleven a aumentar el índice de cumplimiento del tratamiento.

Los factores sociales y culturales están interrelacionados entre si ya que estos dos aspectos están influyendo en las personas para la toma de decisiones de continuar o abandonar el tratamiento antituberculoso.

Por los motivos anteriormente señalados se plantea el siguiente problema de investigación ¿ Que factores sociales y culturales están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso ?.

El presente estudio fué de tipo descriptivo retrospectivo y de corte transversal (Roja Soriano 1991) debido a que el interés de los investigadores fué el analizar en un período determinado de tiempo las razones del abandono del tratamiento en pacientes que habían sido diagnosticados como tuberculosos entre Enero - Diciembre de 1993 y que tuvieran más de treinta días de haber abandonado el tratamiento; las razones de estos límites temporales obedecen a las normas técnicas del programa nacional de tuberculosis en nuestro país.

El estudio se realizó en la jurisdicción sanitaria número 4 de la S.E.S la cual comprende entre otros los municipios de Guadalupe, Apodaca y Juárez Nuevo León. La selección de estos límites espaciales esta en función de que representan las comunidades suburbano marginadas del área metropolitana de Monterrey, en cuanto a características demográficas y económicas según lo reportado por el Instituto Nacional de estadística, Geografía e Informática (INEGI). Otras razones

que convergen para la selección de esta área geográfica son de tipo docente asistencial dado que la Universidad Autónoma de Nuevo León desarrolla un programa Multiprofesional en esas localidades desde 1976. Las unidades de observación fueron los pacientes que abandonaron el tratamiento por más de treinta días con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar que fueron residentes habituales de esa área y que correspondieran al área de cobertura de los servicios de la jurisdicción sanitaria número 4 y que estuvieron registradas en las listas oficiales por lo que el total de unidades de observación fueron 55 pacientes de los cuales se localizaron 48; el resto 7 pacientes cambiaron de domicilio o existían errores en los domicilios.

1.2 Justificación

El control satisfactorio de los problemas de salud crónico obliga al paciente a efectuar cambios en sus estilos de vida, además de apegarse a los tratamientos médicos Schmieder (SF). Se conoce que el no apego al tratamiento se presenta en un 30 ó 50 por ciento de los pacientes con enfermedades crónicas y esta influenciado por la complejidad del régimen, los efectos adversos al tratamiento, las creencias de salud y la falta de apoyo social, familiar e institucional Schmieder (SF). El abandono del tratamiento se presenta con más frecuencia cuando este es prolongado, como en el caso de la tuberculosis pulmonar.

En el informe anual de la oficina de campo fronterizo México E.E.U.U. en 1979, se señala que aproximadamente el 33 por ciento abandonaron prematuramente el tratamiento; y en E.E.U.U. la situación es semejante ya que con un régimen de seis meses no terminaron el tratamiento indicado. El programa nacional del control de la tuberculosis estima que el régimen terapéutico tiene un 98 por ciento de efectividad cuando se siguen las indicaciones en forma completa, sin embargo la falta de claridad de la gente con respecto a la enfermedad, sus creencias culturales, los problemas de suministro de medicamentos coadyuvan a limitar el éxito del tratamiento. El programa tiene como propósito romper la cadena de transmisión de la enfermedad por lo que la quimioterapia es fundamental así como la vacunación de B.C.G. de tal manera que las autoridades del sector salud han evaluado a nivel nacional los esquemas de tratamiento encontrando que en el esquema primario el 13.6 por ciento abandonaron el tratamiento y un 3.2 por ciento fracasó sin especificar la causa (Ramos 1993).

En Nuevo León en 1989 durante un período de 11 meses la S.E.S. se evaluaron 175 pacientes con tratamiento acortado de los que abandonaron 28.6 por ciento sin conocer las causas, en el esquema estándar supervisado el 41.7 abandono y el autoadministrado el 55 por ciento también lo abandono.

Según los reportes antes citados el abandono del tratamiento continúa representando un problema, por lo que se piensa que el

modelo de creencias de salud. (Rosenstook 1966) pudiera explicar los factores sociales y culturales que influyen en la decisión de abandonar ó continuar el tratamiento antituberculoso. Este modelo establece tres componentes básicos que son: percepciones individuales (Susceptibilidades Y Severidad), Factores modificadores (variables demográficas estructurales y sociopsicológicas) y variables que afectan la probabilidad de iniciar un acción (beneficios y barreras).

En la práctica profesional de salud pública se ha observado la inasistencia del paciente a sus citas de control y la necesidad de un reforzamiento constante para motivarlo a continuar con su esquema de tratamiento. Dentro de los factores que han sido considerado dentro de esta temática del abandono del tratamiento es el aspecto social y cultural que han sido poco estudiados, por lo que los autores de este estudio consideran que estos aspectos podrían estar determinando el comportamiento del paciente en relación al abandono.

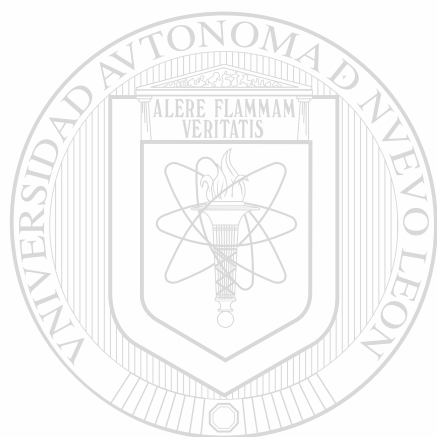
1.3 Objetivo General

Conocer los factores sociales y culturales que se asocian con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Objetivos Específicos

- a) Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso.

- b) Identificar los factores sociales y culturales que se presentan con más frecuencia en los casos de abandono.
- c) Perfilar los principales motivos por los que se abandona el tratamiento antituberculoso.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

11. Marco Teórico.

2.1 Epidemiología de la Tuberculosis Pulmonar

El problema de la Tuberculosis Pulmonar constituye un importante problema de salud pública. A nivel mundial se estima aproximadamente en 8 millones las personas enfermas, de las cuales menos de la mitad de ellas inician y terminan el tratamiento.

En 1990 la mortalidad por tuberculosis mostró una tasa de 6.69 por cada 100,000 habitantes ocupando un 16o. lugar a nivel nacional. La tasa de mortalidad para Nuevo León en ese mismo año fue de 6.78 por cada 100,000 habitantes ocupando un 12o. lugar. (PNS 1992).

En 1992 la mortalidad por causa de la Tuberculosis en toda sus formas vuelve a ocupar el 12o. lugar. en la población de 15 a 24 años, el 13o. lugar en la población de 45 a 65 años, el 8o. lugar en la población de 65 a más 10o. lugar. (S.E.S. 1992).

Respecto a la morbilidad general la Tuberculosis Pulmonar en la población de 15 a 24 ocupó el 24o. lugar. En la población de 45 a 64 años ocupó el 16o. lugar. En la población de 65 a más años ocupó el 12o. lugar (S.E.S. 1992); analizando estos datos estadísticos se llega a la conclusión que después de dos años la tuberculosis se mantiene en 12o. lugar con una diferencia mínima en cuanto a los lugares que ocupa por edades.

Los pacientes que abandonan el tratamiento son portadores bacilíferos que infectan a las personas susceptibles.

En los programas de salud se debe reconocer que los individuos con enfermedades crónicas toman decisiones con respecto al seguimiento o abandono del tratamiento. Estas decisiones que llevan a los individuos a iniciar o mantener conductas saludables tienen en su origen la cultura y sus motivaciones.

2.2 La tuberculosis Pulmonar Etiopatogenia y Tratamiento

La tuberculosis pulmonar es una de las enfermedades más antiguas y extendidas en el mundo. En el siglo XVI Fracastorio sospecho de la naturaleza infecciosa de la Tuberculosis y Villemin en 1865 demostró que se podía transmitir por medio de inoculación de material Tuberculoso., Freeman (1989). En 1882 Koch identificó el bacilo de la Tuberculosis.

La tuberculosis es una enfermedad endémica en zonas de extrema pobreza. El agente etiológico es el Mycobacterium Tuberculosis, bacilo ácido alcohol resistente, existen otras variedades como el Mycobacterium bovis y las micobacterias atípicas que causan la enfermedad con menor frecuencia. La fuente de infección la constituye el propio hombre y el mecanismo de transmisión es por inhalación de partículas de esputo que contiene el Mycobacterium Tuberculosis. El bacilo se reproduce lentamente, al inicio ocasiona poca reacción inflamatoria de los tejidos. En casi todos los casos existe diseminación linfática o hematógena. Se estima que en el 99 por ciento de los casos la infección permanece inactiva, pero cuando se presentan condiciones

désfavorables como desnutrición, diabetes, alcoholismo, uso prolongado de esteroides, tabaquismo y embarazo puede reactivarse el *Mycobacterium tuberculosis* en ápices pulmonar o ganglios linfáticos. Flores (1990).

El cuadro clínico se caracteriza porque la primoinfección se presenta en la infancia y generalmente no se percibe, puede manifestarse con tos, hiporexia por lo que se confunde con otras infecciones respiratorias, ocasionalmente existe derrame pleural o bien obstrucción bronquial. La reactivación de la tuberculosis es insidiosa y con tendencia crónica, en la mayoría de los casos, se presenta fiebre vespertina, sudoración nocturna, pérdida de peso, hiporexia, tos seca o productiva, puede haber dolor y hemoptisis.

El método de diagnóstico definitivo es el estudio bacteriológico de la expectoración. La baciloscopia directa identifica los casos positivos en un 85 por ciento con una sola muestra, 95 por ciento con dos muestras y cerca del 100 por ciento, con tres muestras. El estudio se indica en tosedores crónicos (mas de 2 semanas) ya que se estima que el 6 por ciento de ellos son tuberculosos. El cultivo es necesario en los casos con baciloscopias persistentes positivas o cuando no responden al tratamiento. La radiografía de tórax no establece el diagnóstico, sin embargo, ayuda a conocer el tipo y extensión de las lesiones y a evaluar la respuesta al tratamiento. (Flores 1990)

El tratamiento debe ser integral: medicamentoso, nutricio, higiénico y educativo; a fin de garantizar el éxito. El seguimiento del caso es fundamental para reforzar en el paciente la necesidad de la continuidad del tratamiento y el control de los contactos.

El tratamiento medicamentoso debe lograr el máximo efecto bactericida e impedir la resistencia, para ello existen dos esquemas básicos que combinan tres o más drogas.

El tratamiento primario y el secundario. El primario puede ser estándar o acortado ya sea autoadministrado o supervisado.

El secundario siempre es supervisado.

El primario o de corta duración es a base de insoniacida, Rifampicina y Pirazinamida en una fase intensiva de 60 dosis con duración de 10 semanas y la fase de sostén que es de 30 dosis administrados 2 veces a la semana por 15 semanas y contiene Insoniacida y Rifampicina. El secundario es de 12 meses de duración o más hasta completar 210 dosis, los medicamentos administrados en una sola toma son estréptomocina, Pirazinamida y Etambutol. Este tratamiento es en fase intensiva hasta completar 90 dosis, en la fase de sostén, la administración de fármacos es de 3 veces por semana, hasta completar 120 dosis como lo dicta el manual de normas y procedimientos para la prevención y control de la Tuberculosis S.N.S. (1991).

El tratamiento nutricio es a base de una dieta normal completa

hipercalórica e hiperproteica que ayude a ganar peso al paciente.

El tratamiento higiénico consiste, en el manejo correcto de secreciones, desinfección de fomites, saneamiento de la vivienda, manejo correcto del paciente dentro de la familia (evitar hacinamiento, favorecer el reposo, higiene personal y apoyo emocional).

La orientación sobre la enfermedad, complicaciones, reacciones al medicamento, resistencia al bacilo y los mecanismos de transmisión deben discutirse con el paciente y su familia a fin de que estén orientados acerca de la importancia que tiene el apoyo al tratamiento, ya que el efecto de este puede ser en un 98 por ciento satisfactorio logrando la recuperación del paciente.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

2.3 Programa de Control de la Tuberculosis.

A fines de la década de 1940, se estableció un clima de seguridad con respecto al control de la Tuberculosis por la disponibilidad de la vacunación con B.C.G., el examen colectivo de rayos X y quimioterapia. Se proyectó que para 1975 como resultado de las campañas masivas sería factible su total control. Sin embargo a partir de 1960 se reconoció por el comité de expertos de Tuberculosis de la O.M.S. que los aspectos administrativos de los servicios de salud y la naturaleza de la enfermedad estaban bloqueando la eficacia técnica y las

posibilidades del control de la enfermedad Toman (1980). En razón a estos señalamientos, este comité recomienda la necesidad de establecer un programa de control de la Tuberculosis que asegure una total y real cobertura de prevención, detección, y control de este problema de salud.

El programa de control de la Tuberculosis incluye las siguientes líneas de acción:

- a) Localización de Casos.
- b) Tratamiento Químico Terapéutico.
- c) Vacunación con B.C.G.
- d) Elementos de Apoyo Administrativo.
- e) Investigación y Docencia.

Se recomienda que este programa se incorpore desde el nivel nacional, estatal y local a los servicios de salud y que estas acciones llegaran desde la unidad de salud mas básica de primer nivel, hasta el hospital regional de mas alta especialización.

En México el programa de control contra la Tuberculosis según el Programa Nacional de Salud (1990 - 1994) establece:

" La tuberculosis es una enfermedad endémica, con inclinación natural al descenso ligero de la morbilidad y mortalidad. La Tendencia descendente se puede acelerar por la aplicación de la vacuna B.C.G. en coberturas superiores al 95 por ciento. Y por las actividades de detección y tratamiento oportuno de los casos."

Los Objetivos Son:

- Interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Disminuir los riesgos de la primoinfección natural mediante la aplicación de la vacuna B.C.G.
- Aumentar la detección de casos de Tuberculosis Pulmonar.

Las Líneas Estrategias Fundamentales Son:

- Lograr que todas las instituciones del sistema de salud participen en las actividades del programa.
- Conseguir que las medidas de control se apliquen con oportunidad y sean gratuitas.
- Incrementar la vacunación con B.C.G. particularmente en los recién nacidos.
- Revacunar, al ingresar a la escuela primaria, a los niños que recibieron la B.C.G. antes de cumplir un año.
- Incrementar la detección de casos de Tuberculosis Pulmonar por medio de la Microscopía directa del esputo, practicada a tosedores sintomáticos que acudan a consulta en los servicios de salud e iniciar de inmediato el tratamiento Quimioterápico ambulatorio.
- Utilizar el esquema de tratamiento primario de corta duración supervisado, por ser más efectivo y económico.
- Establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes servicios de salud, con el fin de que los pacientes reciban el tratamiento supervisado en la unidad de atención médica

de su preferencia.

- Mantener un sistema permanente y oportuno de información intra e interinstitucional.
- Establecer un sistema permanente de capacitación, en los diferentes niveles de acción.

2.4 Modelo de Creencias de Salud Para Explicar el Abandono del Tratamiento.

El Modelo de creencias de salud (M.C.S.) de ROSENSTOCK (1966) proporciona un marco teórico de investigación que permite explorar por que las personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan.

El modelo fué visto potencialmente útil para predecir que individuos usarían o no usarían los servicios preventivos y sugerir intervenciones que aumenten el uso de servicios y acciones preventivas y protectoras de salud.

El modelo se derivó de la teoría de LEWIN en donde se conceptualiza que "El espacio de vida en la que existe el hombre esta compuesto por regiones, algunas con valencia Positiva, Negativa y Neutra" donde la enfermedad es una región de valencia negativa que aleja a la persona de la región y las conductas (estilos de vida) preventivas evitan las regiones negativas.

Los resultados de los primeros estudios apoyaron parcialmente el potencial predictivo del modelo de creencias de salud, el que fue refinado por BECKER (1974).

El modelo de creencias de Salud plantea la Hipótesis de que la acción que se emprende en este caso el uso de los servicios preventivos de salud esta relacionada a tres clases de factores.

- (1) La existencia de la motivación o preocupación por la salud.
- (2) La creencia de que no es susceptible o vulnerable a un problema serio, condición, enfermedad o secuela de esta (amenaza percibida).
- (3) La creencia de que el seguir recomendaciones, o indicaciones es de beneficio para reducir las amenazas percibidas a un costo relativamente aceptable: El costo se refiere a barreras percibidas que se presentan en el intento de seguir indicaciones o recomendaciones.

En 1988 ROSENSTOCK amplia su modelo de creencias con las aportaciones de la teoría del aprendizaje social, la cual hace 2 contribuciones a las explicaciones de la conducta relacionada con la salud que no están incluidas en el modelo de creencias, una es el énfasis para adquirir expectativas. Entre las fuentes de información se consideran cuatro que son; logros de realización o desempeño, la experiencia sustituta, la persuasión verbal y el estado fisiológico. Estas fuentes pueden ser consideradas si deseamos motivar una conducta. Los logros del desempeño son las fuentes de mayor influencia de la información de la eficacia, porque es basada en la experiencia o dominio personal. La experiencia sustituta se obtiene a través de la

observación del desempeño o no exitoso de los demás. La persuasión verbal se emplea en la educación para la salud y puede influir en la expectativa de resultados o en los incentivos. Por último los estados fisiológicos como ansiedad, angustia, depresión pueden informar correctamente o no, de que es incapaz de sostener una determinada conducta o acción.

La segunda contribución importante es el concepto de autoeficacia. La cual es definida como la convicción de que puede exitosamente ejecutar la conducta requerida para producir los resultados.

Sintetizando el M.C.S. tiene 3 componentes básicos que son percepciones individuales, (susceptibilidad y severidad) factores modificadores (variables demográficas estructurales y sociopsicológicas) y variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios percibidos y barreras, así como señales de acción), además de agregar un cuarto componente que sería la autoeficacia.

Para el presente estudio se consideraría el M.C.S. en los siguientes aspectos: percepciones individuales (Susceptibilidad y Severidad), factores, modificadores (edad, sexo, ocupación) variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios, barreras y autoeficacia). (Rosenstock 1988)

2.5 Estudios Relacionados con el Abandono del Tratamiento:

El abandono del tratamiento antituberculoso a sido estudiado por diferentes profesionales con enfoques diversos.

Una investigación experimental (Martínez, et. al. (1982) realizada con el propósito de conocer los factores que influyen en el abandono del tratamiento, estudió a 20 familias de pacientes con tuberculosis que terminaron su tratamiento (Grupo I) y 20 familias que lo abandonaron (Grupo II). En éste último grupo se observó mayor analfabetismo. Las condiciones higienicodietéticas eran deficientes. Se encontró un mayor porcentaje en familias con dinámica alterada y con más de un paciente con tuberculosis pulmonar por familia. Un bajo porcentaje de los pacientes tenían información adecuada de la enfermedad e identificación entre el grupo familiar y el equipo de salud.

El 50 por ciento de las familias del grupo II, se sometió a un programa de vigilancia familiar y logró la recuperación e incremento de la información sobre la enfermedad y la identificación con el personal médico.

Los autores concluyeron que las principales causas del abandono fueron falta de información sobre la enfermedad y la identificación inadecuada entre el grupo familiar y el equipo médico. Las condiciones sociales y educativas deficientes así como la dinámica familiar muy alterada hacen difícil la comunicación entre el paciente y el equipo médico.

En 1986 (Alonso y García) realizaron un estudio exploratorio en 174 pacientes del área metropolitana de Monterrey, para conocer la evolución de los pacientes bajo tratamiento antituberculoso, encontrando lo siguiente: La edad más frecuente de los que habían abandonado eran de 15-44 años del sexo masculino y baja escolaridad, la proporción de pacientes dados de alta con un año y más de tratamiento fué baja (44 por ciento) y de ellos un alto porcentaje (55) presentaban signos y síntomas respiratorios, el riesgo de infección para las familias fué de 21 por ciento y se afirma deficiencias en el seguimiento en el domicilio del paciente, problemas administrativos para manejar el expediente y la tarjeta de control. Por otra parte se encontró que los pacientes estaban poco informados a cerca de su enfermedad.

En 1987 en la Facultad de Salud Pública de la U.A.N.L. se realizó un estudio sobre las razones que tiene el paciente para abandonar el tratamiento antituberculoso en Ciudad Guadalupe, Nuevo León en el cual se observó que el 67 por ciento de los pacientes tenían baja escolaridad y entre las causas de abandono se encontraron: Sensación de mejoría en los primeros tres meses del tratamiento un 57 por ciento. Presencia de efectos colaterales 36 por ciento y de dificultad de conseguir el tratamiento 7 por ciento. Al aplicar la prueba de chi cuadrada con un nivel de significancia de 0.05 se encontró que existía relación entre la baja escolaridad y las causas de abandono.

Paz M (1994) realizó un estudio descriptivo correlacional de 39 pacientes donde se encontró que el mayor porcentaje de pacientes eran del grupo de 15 a 44 años (59 por ciento) con predominio del sexo masculino (67 por ciento) baja escolaridad (72 por ciento) y un alto porcentaje (46 por ciento) desconocía la duración del tratamiento.

Entre los casos de abandono un 31 por ciento refirió que lo había dejado por presentar mejoría y efectos de los medicamentos.

2.6 Adaptación del modelo de creencias de salud

Para el estudio de factores sociales y culturales asociados con el abandono al tratamiento antituberculoso.

El abandono del tratamiento del paciente Tuberculoso se presenta debido a la dificultad por explicarse los factores fundamentales que producen el no apego al tratamiento. (Rubel y Garro 1992). El modelo de creencias de salud Rosenstock (1988) puede explicar las decisiones que toma el paciente para abandonar o continuar con el tratamiento antituberculoso. 1993 Paz Morales (1994), realizó una primera adaptación a este modelo para conocer si las creencias de salud (algunos factores culturales) influían en el motivo de abandono del tratamiento, encontrando que las directrices de acción interna como: reacciones al tratamiento y sentirse bien fueron mayores en los

que abandonaron por sentir mejoría y mostró relación significativa ($P= 0.05$).

Los autores del presente estudio, realizaron una segunda adaptación del modelo de creencias de salud, (Rosenstock 1988) incorporando la autoeficacia, y redireccionando los factores sociales como modificadores de las decisiones del paciente; partiendo de que los factores sociales y culturales están relacionados dialécticamente y en conjunto influyen las decisiones del paciente para abandonar o continuar con el tratamiento.

Por otra parte se reconoce en esta adaptación que las señales de acción como la orientación al paciente, el seguimiento en el domicilio por el personal de salud, el apoyo familiar y la educación masiva para la atención del paciente con Tuberculosis influye en los factores sociales y culturales, así como en la toma de decisiones del paciente.

**ESQUEMA ADAPTADO POR LOS AUTORES DEL ESTUDIO .
DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD
Para el estudio Factores Sociales y Culturales
Asociados con el Abandono al Tratamiento Antituberculoso**

<p>Factores Culturales Percepciones Individuales Susceptibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Acepta la enfermedad . Familiares enfermos . Por contacto . Recaídas enf. crítica <p>Severidad</p> <ul style="list-style-type: none"> . Daños o complicaciones incapacidad . Enfermedades agudas . Consecuencias a su vida por no seguir tratamiento <p>Autoeficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> . Exito en seguir indicaciones o régimen al trat. . Exito de otras persona con tratamiento 	<p>Factores Sociales Modificadores</p> <p>Características Demográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> . Curación total . Edad . Sexo . Estado Civil . Ocupación . Escolaridad . Procedencia . Tiempo radicar . Nivel económico <p>Aspectos Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> . Posición familiar . Religión . Concepto de salud . Conocimientos sobre enfermedad y tratamiento 	<p>Toma Decisiones (Influencia)</p> <p>Beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> . Rientajos del tratamiento . Aceptación de Familiar y amigos <p>Barreras</p> <ul style="list-style-type: none"> . Del tratamiento efectos colaterales . Administrativo . Humano . Medicamentos . Atención
--	--	---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A B A N D O N O
D E
T R A T A M I E N T O

Señales de Acción

- . Orientación del Personal
- . Seguimiento en domicilio
- . Apoyo Familia
- . Educación Masiva

Modelo original del esquema de creencias de salud I. Rosenstock 1966) y Rosenstock y Becker (1988)

III. HIPOTESIS

- Hi Los factores sociales y culturales están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi₁ Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi₂ Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi₃ Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.
- Hi₄ Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

IV. Material Metodos y Procedimientos

4.1 Comprobación de Hipótesis

Se anexa al informe la operacionalización de las variables del estudio, los indicadores, Items y los rangos para evaluar la información para la comprobación de hipótesis (anexo 1)

4.2 Sujetos

La población estudiada, y la unidad de estudio fueron los pacientes de ambos sexos que habían abandonado el tratamiento antituberculoso por más de 30 días y que residan en los Municipios de Guadalupe, Apodaca y Ciudad Juárez Nuevo León, las cuales pertenecen a la área de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria #4 de la SES.

~~El total de pacientes registrados en los archivos oficiales de la Jurisdicción Sanitaria #4 son de 55 pacientes diagnosticados como tuberculosos entre Enero - Diciembre de 1993.~~

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, intencional y por cuota (Rojas Soriano 1991).

Fue intencional porque se indagó específicamente a los pacientes Tuberculosos que habían abandonado el tratamiento. Fué por cuota, porque de acuerdo a los archivos del Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria #4 se reportaron que aquellos que habían abandonado, y fueron 55 pacientes de los cuales, se estudiaron a 48 pacientes ya que el resto no fue localizado en su domicilio, o se cambió de residencia.

4.3 Métodos y Procedimientos

De acuerdo al problema, a las hipótesis y los objetivos planteados en el estudio este fue de tipo, descriptivo retrospectivo y de corte transversal (Rojas Soriano 1991). Esta metodología permitió describir los motivos de abandono del tratamiento, perfilar a los pacientes describiendo sus características personales sociales y culturales y asociar las variables de factores sociales y culturales con el abandono del tratamiento antituberculoso. Fué retrospectivos por que se estudio del efecto a la causa; y fue transversal porque el estudio se realizo en un momento dado del tiempo en una sola visita.

La información se recolecto a través de un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas (anexo 2) y se apoyo para el levantamiento de datos con su instructivo (anexo 3).

El cuestionario tiene 5 apartados y 39 preguntas las cuales se organizaron de la siguiente manera:

- a) Ficha de identificación, la cual incluye datos generales, número de encuesta, nombre y domicilio del encuestado.
- b) Factores sociales, se indagaron aspectos sociales relacionados con la persona como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, seguridad social, concepto de salud y conocimiento de la enfermedad.

- c) Factores culturales, incluyen datos sobre la susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia acerca del tratamiento antituberculoso.
- d) Se estudiaron las señales de acción tales como: orientación del personal de salud, seguimiento del tratamiento en el domicilio, apoyo familiar y educación masiva.
- e) Se indago sobre el abandono del tratamiento, este incluyo, tiempo de abandono, motivos de abandono, respuesta posterior al abandono del tratamiento antituberculoso, necesidad de ayuda para reiniciar el tratamiento y tipo de ayuda.

Para la preguntas cerradas se establecieron criterios de evaluación de dos a ocho opciones. Para las preguntas abiertas se elaboran listados de codificación para facilitar el llenado de las preguntas se elaboró también el instructivo del cuestionario. Se realizo una prueba piloto para validar la claridad y comprensión del instrumento así como medir el tiempo que se requiere para su llenado.

La prueba piloto se aplico en 15 individuos de ambos sexos pertenecientes a la jurisdicción sanitaria #3 de la S.E.S.; después de contestar los cuestionarios, se tabularon y concentraron los datos para corregir y adaptar el instrumento y obtener una aproximación de lo que pudiera aparecer en el estudio.

Plan operacional; para el desarrollo del estudio se realizaron las siguientes etapas.

1. Aprobación del protocolo de investigación por la división de postgrado de la Facultad de Salud Pública.
2. Aplicación de la prueba piloto por los investigadores.
3. Adaptación y corrección del instructivo, encuesta y muestra.
4. Entrenamiento de tres Licenciados en Enfermería que colaboran como encuestadores.
5. Aplicación de la encuesta en la muestra seleccionada.
6. Revisión de los investigadores del llenado de las encuestas que estén completas y codificar.
7. Elaboración del Programa de captura de datos para posteriormente usar el programa estadístico SPSS.
8. Captura de la información por medio de la computadora.
9. Elaboración del listado de frecuencias de las variables con sus respectivos cuadros de contingencia.
10. Elaboración de cuadros de cruces de variables para el análisis estadístico.
11. Aplicación de los estadísticos de la Chi cuadrada (χ^2) y la prueba de correlación de V de Cramer, utilizada para variables nominales.
12. Análisis e interpretación de los resultados a la luz de los estadísticos utilizados y de la teoría.
13. Elaboración de discusión, conclusiones y recomendaciones.

14. Elaboración del informe de tesis.
15. Entrega de 10 ejemplares de la tesis a la división de Postgrado de la Facultad de Salud Pública.

4.4 Etica del Estudio

Para llevar a cabo el estudio se solicitó autorización del jefe de la jurisdicción sanitaria #4 y del responsable de epidemiología, así mismo se solicitó la autorización de los responsables de cada centro de salud comunitario a fin de que se facilitara la información requerida, finalmente se solicitó la participación voluntaria de cada uno de los enfermos, y explicando en forma detallada los objetivos y razones del estudio, garantizándoles la confidencialidad de la información proporcionada.

Se respeta la decisión de las personas que no desearon participar en el estudio.

Los resultados del estudio se entregaran a las autoridades de la Jurisdicción sanitaria #4 a fin de que puedan ser utilizados en programas de atención al paciente tuberculoso.

V. Análisis de Resultados

Los resultados se presentan en el orden en que fué obtenida la información de cada una de las variables del estudio. En primer termino se describen los aspectos sociodemográficos y de los elementos que conforman los factores sociales y culturales relacionados con el abandono del tratamiento.

De igual manera se muestran las señales de acción como en la orientación, seguimiento y apoyo familiar que pudieran estar asociadas con el abandono del tratamiento; estos datos permiten caracterizar y conocer la comunidad de estudio; esta información se presenta en frecuencias y proporciones.

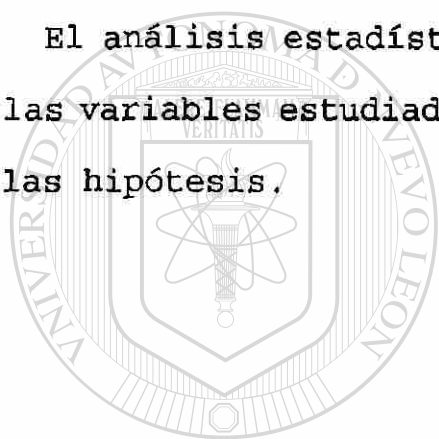
En seguida se muestra los resultados donde se correlacionan las variables del estudio, se indica los estadísticos obtenidos a través de Chi cuadrada, la V de Cramer y Covariancia.

Por último se interpretan los datos obtenidos a partir de las hipótesis planteadas en el estudio y los elementos teóricos conceptuales.

5.1 Descripción de Resultados

A continuación se presentan 39 , figuras con datos que caracterizan y permiten conocer los factores sociales, culturales y señales de acción relacionadas con el problema de estudio en los municipios de Guadalupe, Apodaca y Juárez Nuevo León pertenecientes a la Jurisdicción No. 4

El análisis estadístico muestra 42 cuadros de correlación de las variables estudiadas que permiten eventos la comprobación de las hipótesis.

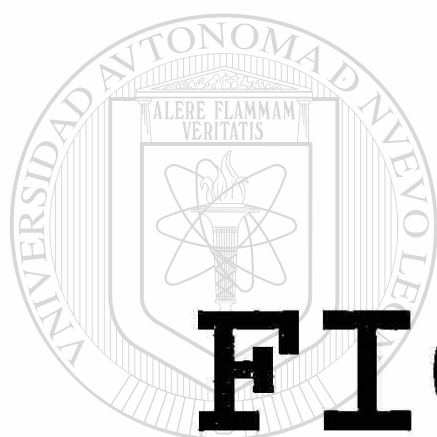


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



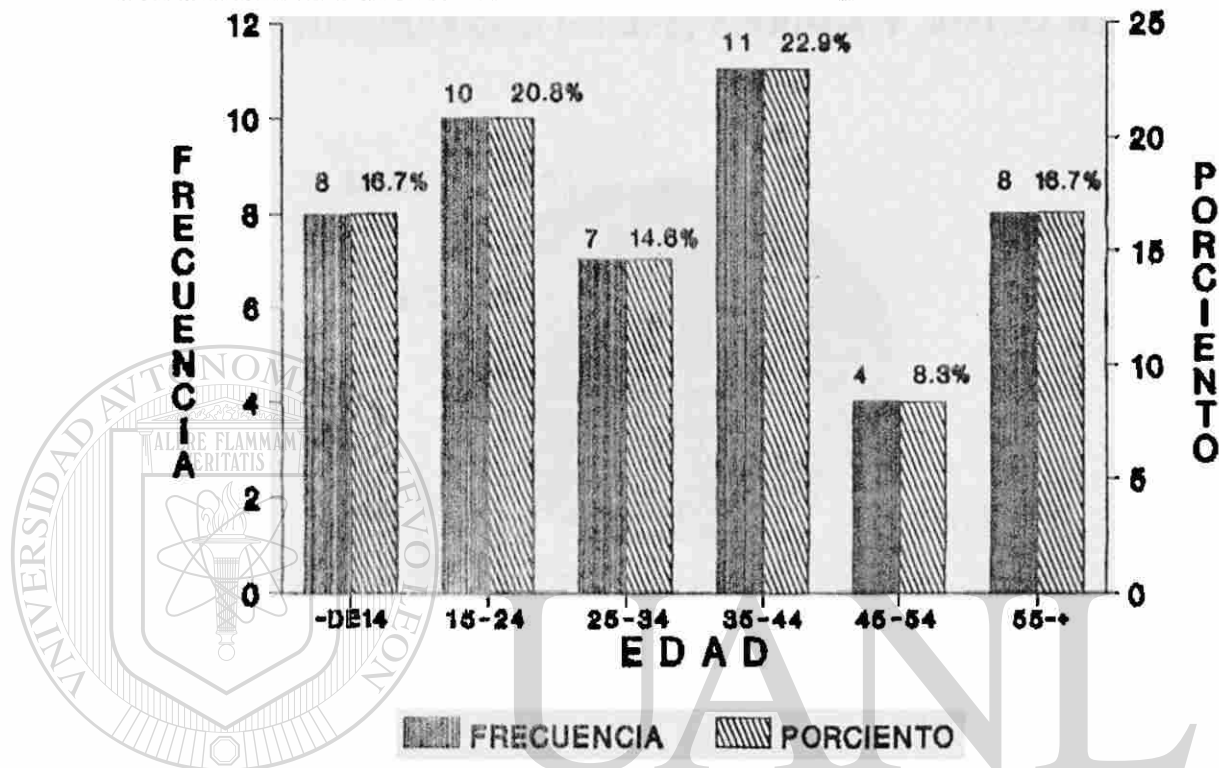
FIGURAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FIGURA 1
POBLACION POR EDAD DE PACIENTES QUE ABANDONARON
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ NL.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

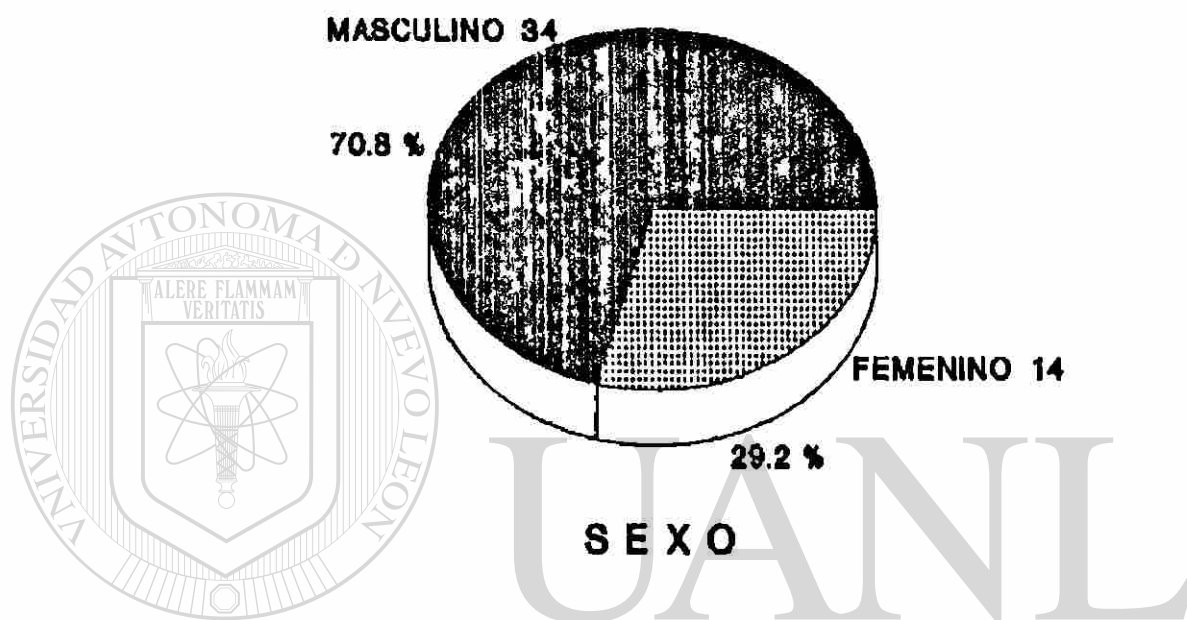
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación con la edad de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis y que han abandonado el tratamiento se observó que en el grupo de menos de 14 a 44 años más frecuente el abandono representado por un 58.3 por ciento.

CUADRO 2

SEXO DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

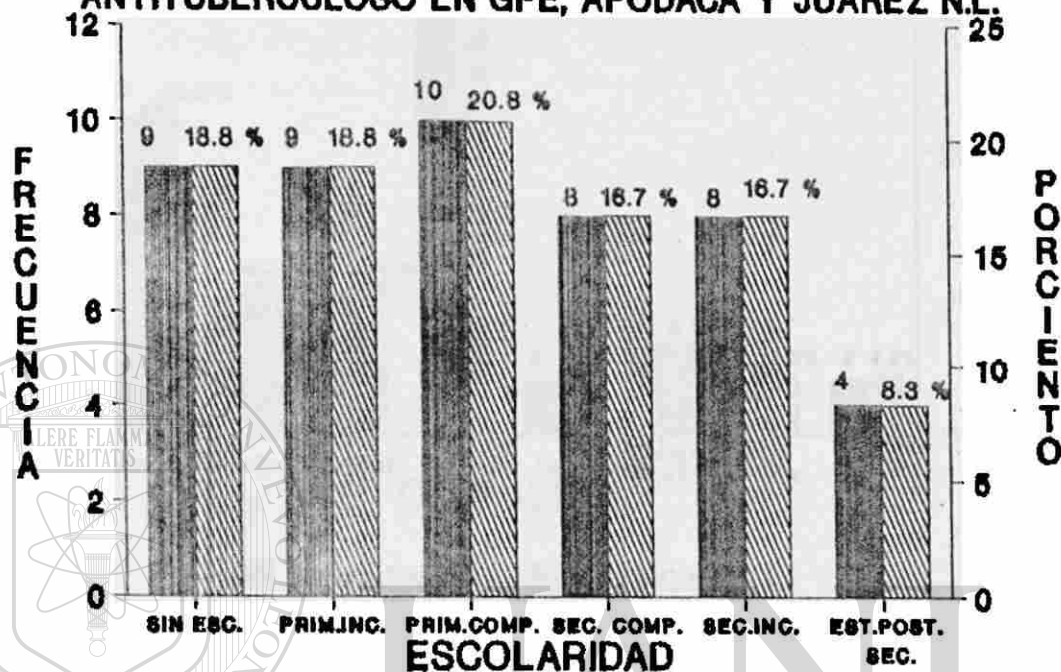
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La característica de sexo de los pacientes con tuberculosis que han abandonado el tratamiento durante el año 1993 correspondió la mayor proporción al sexo masculino con un 70.8 por ciento.

FIGURA 3
ESCOLARIDAD DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



■ FRECUENCIA ▨ PORCIENTO

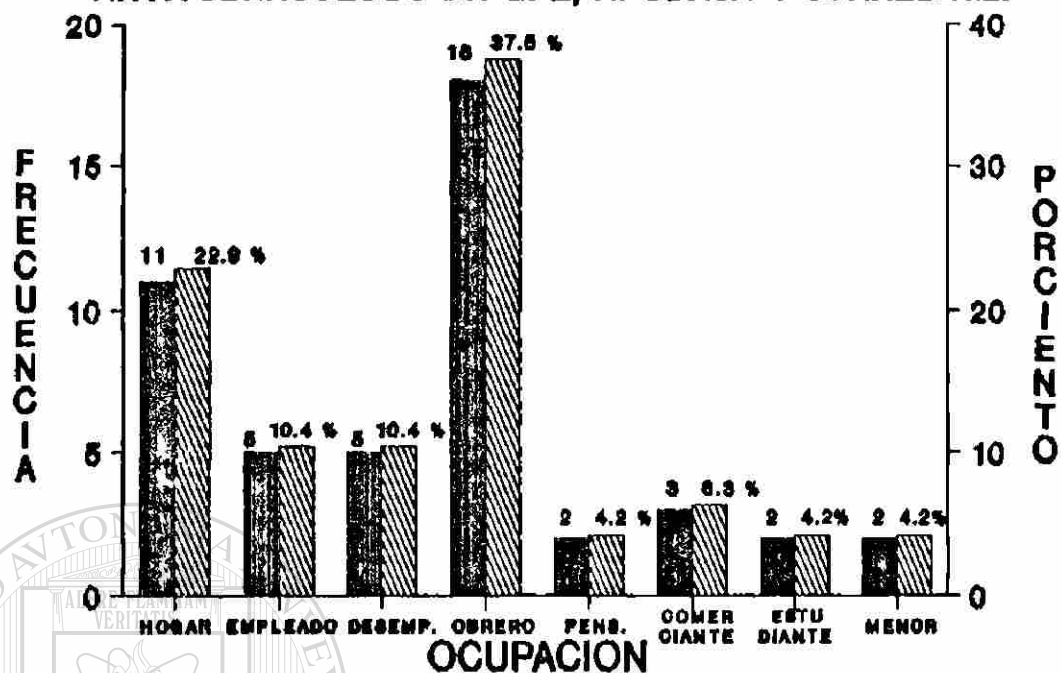
ESC. = ESCOLARIDAD INC. = INCOMPLETA
 PRIM. = PRIMARIA COMP. = COMPLETA SEC. = SECUNDARIA

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el aspecto de escolaridad se encontró que la población con tuberculosis que no tiene escolaridad o que tiene primaria incompleta corresponde al 37.6 por ciento; con primaria completa se obtuvo un 20.8 por ciento y solo un 8.3 por ciento de la población realizó estudios post-secundaria.

FIGURA 4
OCUPACION DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



PENS.- PENSIONADO
 DESEMP.- DESEMPLEADO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

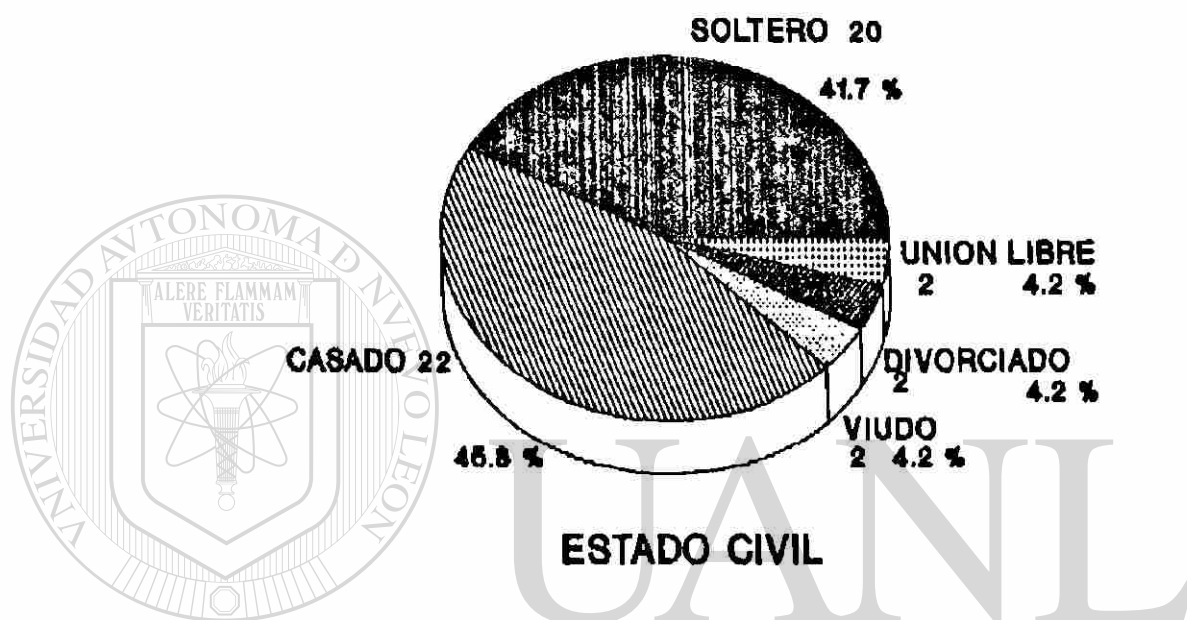
■ FRECUENCIA ▨ PORCIENTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Respecto a la ocupación de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso se observó que el 37.5 por ciento labora como obrero, el 22.9 por ciento se dedica a actividades del hogar; un 10.4 por ciento es empleado y otro 10.4 por ciento se encuentra desempleado, el resto que es el 18.9 por ciento es comerciante, pensionado ó menor.

FIGURA 5

ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



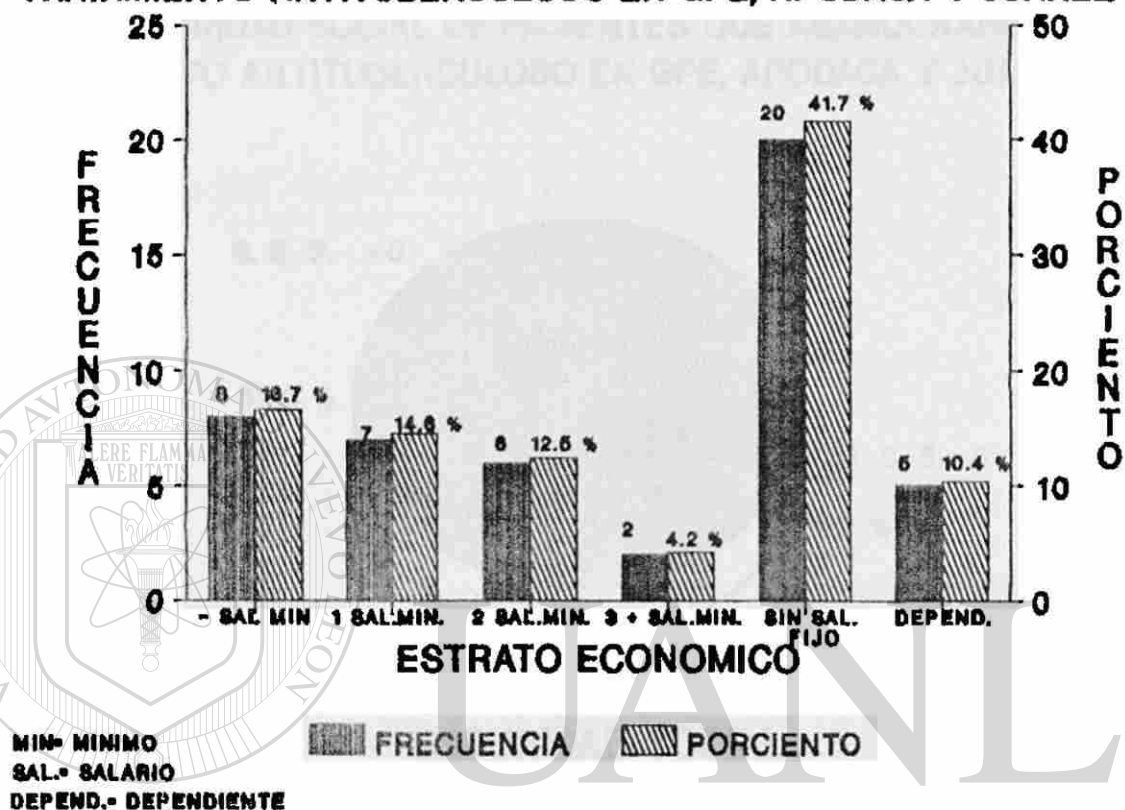
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Del estado civil de los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento, se obtuvo un 45.8 por ciento para casados y un 41.7 por ciento para solteros, el resto de 12.6 por ciento correspondió a viudos, divorciados y que viven en unión libre.

FIGURA 6
ESTRATO ECONOMICO DE PACIENTES QUE ABANDONARON
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

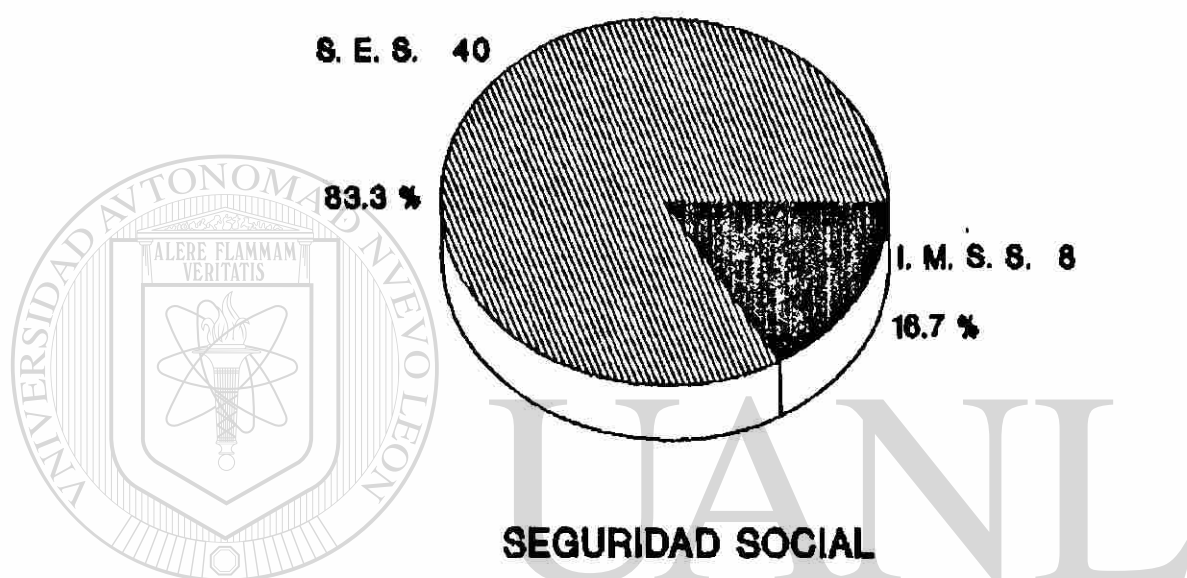
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación con el estrato económico estudiado a través de su ingreso mensual se obtuvo que un 58.4 por ciento se encuentra sin salario fijo ó gana menos de un salario mínimo. Solamente el 4.2 por ciento percibe un ingreso mensual de tres o más salarios mínimos.

FIGURA 7

SEGURIDAD SOCIAL DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

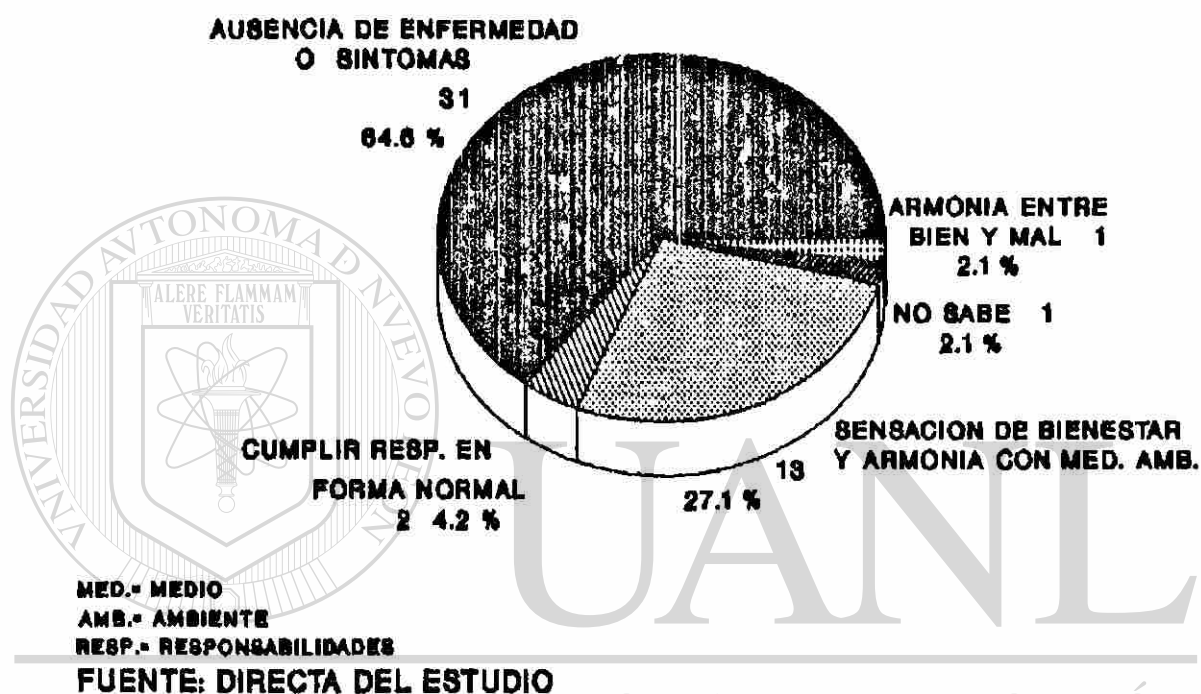
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En cuanto a la seguridad social que tiene derecho para su atención médica, los datos obtenidos refieren que el 83.3 por ciento pertenecen a la secretaría estatal de salud (Población abierta) y el 16.7 por ciento tiene derecho a la seguridad social.

FIGURA 8

CONCEPTO DE SALUD DE LOS PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

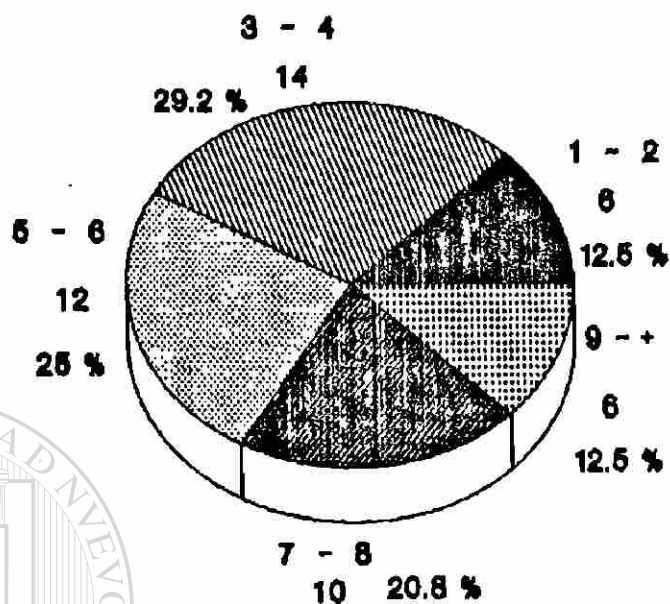
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De la población con abandono del tratamiento anti-tuberculoso respecto al concepto de salud fué el siguiente: El 64.6 por ciento manifestó ausencia de enfermedad o síntomas, el 27.1 por ciento sensación de bienestar y armonía con el medio ambiente; el resto 8.4 por ciento es cumplir responsabilidades y actividades en forma normal, y armonía entre el bien y el mal.

FIGURA 9

NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



NUMERO DE MIEMBROS
POR FAMILIA

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

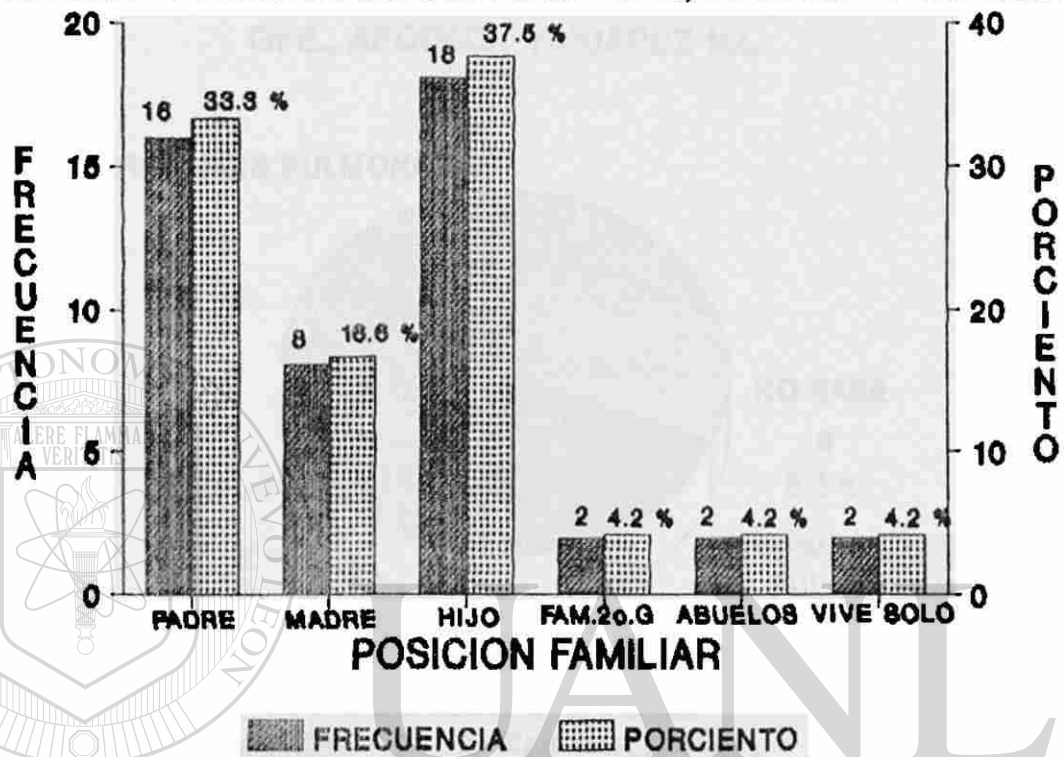


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El número de miembros por familia de pacientes tuberculosos que abandonaron el tratamiento es de 29.2 por ciento con 3 y 4 miembros, 25 por ciento de 5 y 6 y 20.8 por ciento con 7 y 8 miembros. El 75 por ciento se encuentra entre 3 y 8 miembros por familia.

FIGURA 10
POSICION EN LA FAMILIA DE PACIENTES QUE ABANDONARON
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



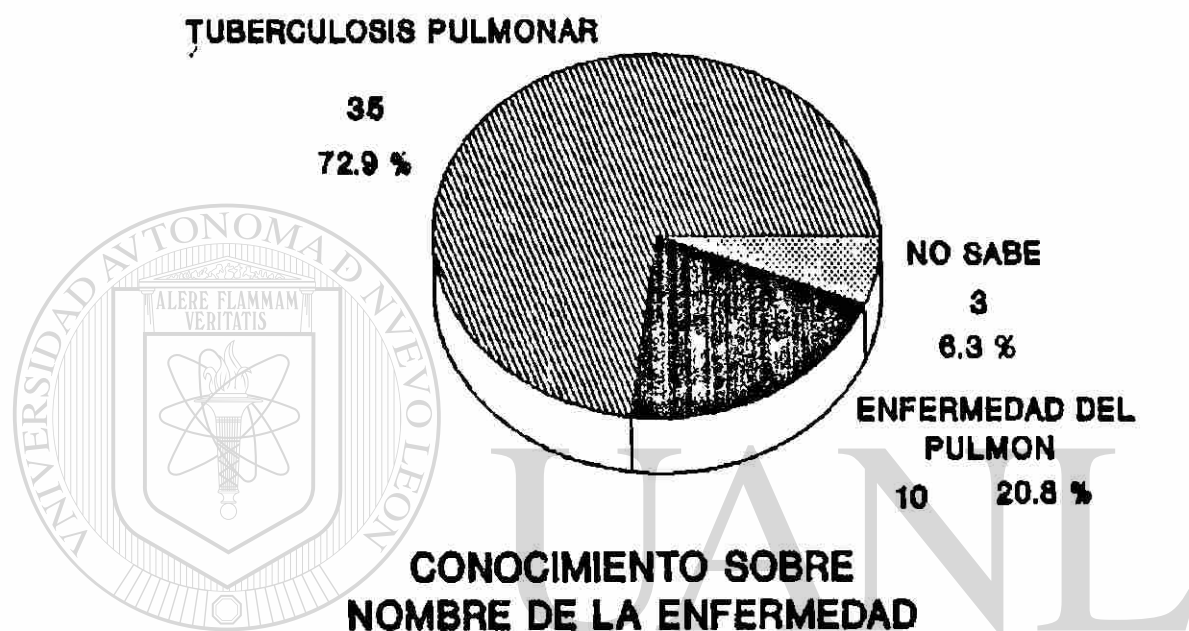
G.º GRADO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La posición que ocupa en la familia el paciente tuberculoso que abandonó el tratamiento es como sigue: El 37.5 por ciento es hijo, el 33.3 por ciento es el padre, el 16.6 por ciento corresponde a la madre y el resto 12.6 por ciento es familiar en segundo grado, abuelos o vive solo.

FIGURA 11
CONOCIMIENTO SOBRE NOMBRE DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN
GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

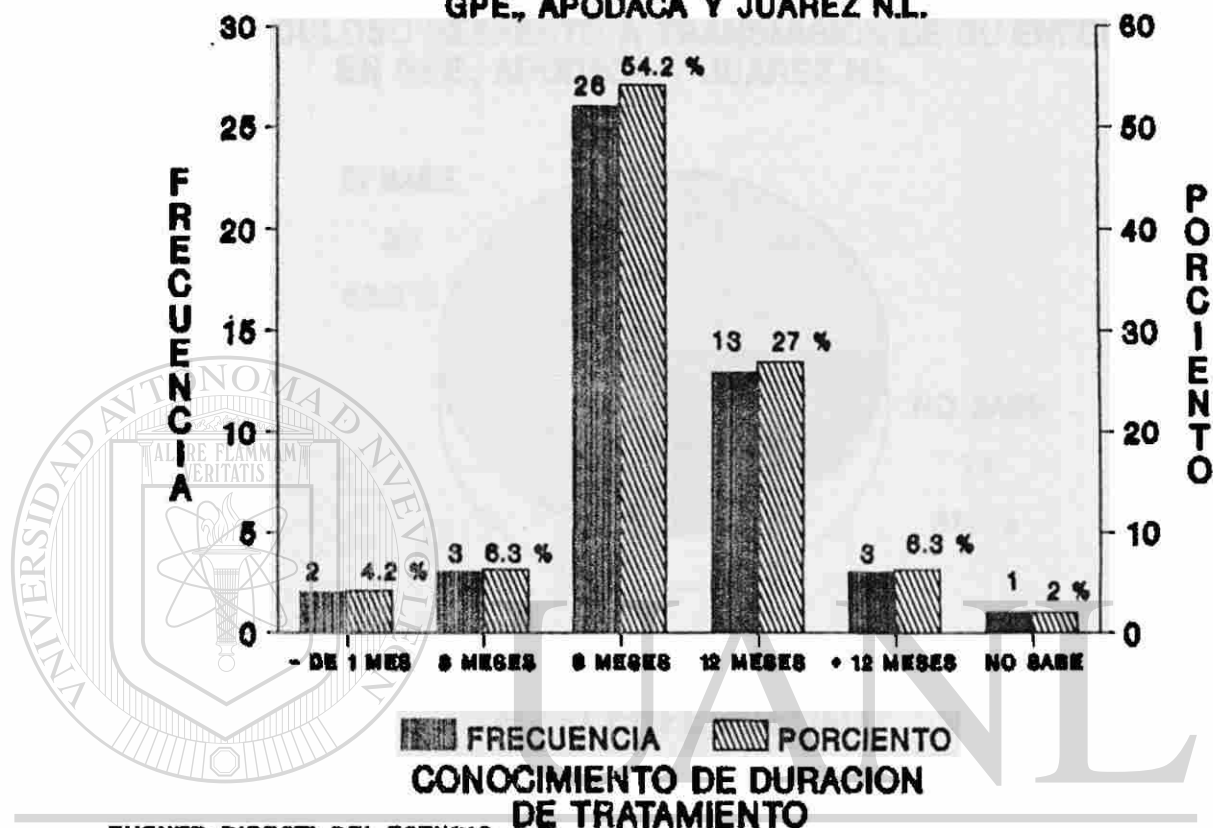
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De los pacientes tuberculosos que abandonaron el tratamiento el 72.9 por ciento conoce el nombre de la enfermedad, el 20.8 por ciento lo relaciona con enfermedad del pulmón, el 6.3 por ciento no sabe el nombre de la enfermedad ni la relación de ésta con el pulmón.

FIGURA 12
CONOCIMIENTO DE DURACION DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE
ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN
GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



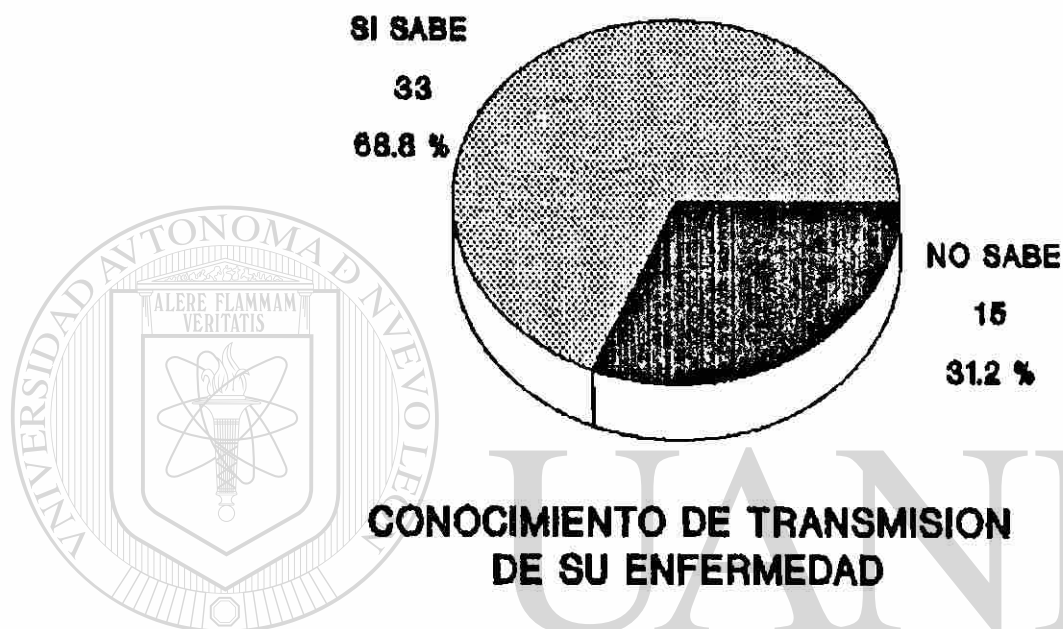
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De los 48 pacientes con abandono del tratamiento tuberculoso el 54.2 por ciento sabe que la duración del tratamiento es hasta seis meses, el 27 por ciento conoce que la duración del tratamiento es hasta doce meses, el 18.8 por ciento restante fluctua entre menos de un mes, más de doce meses, o no sabe la duración del tratamiento.

FIGURA 13

CONOCIMIENTO DE PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO RESPECTO A TRANSMISION DE SU ENFERMEDAD EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

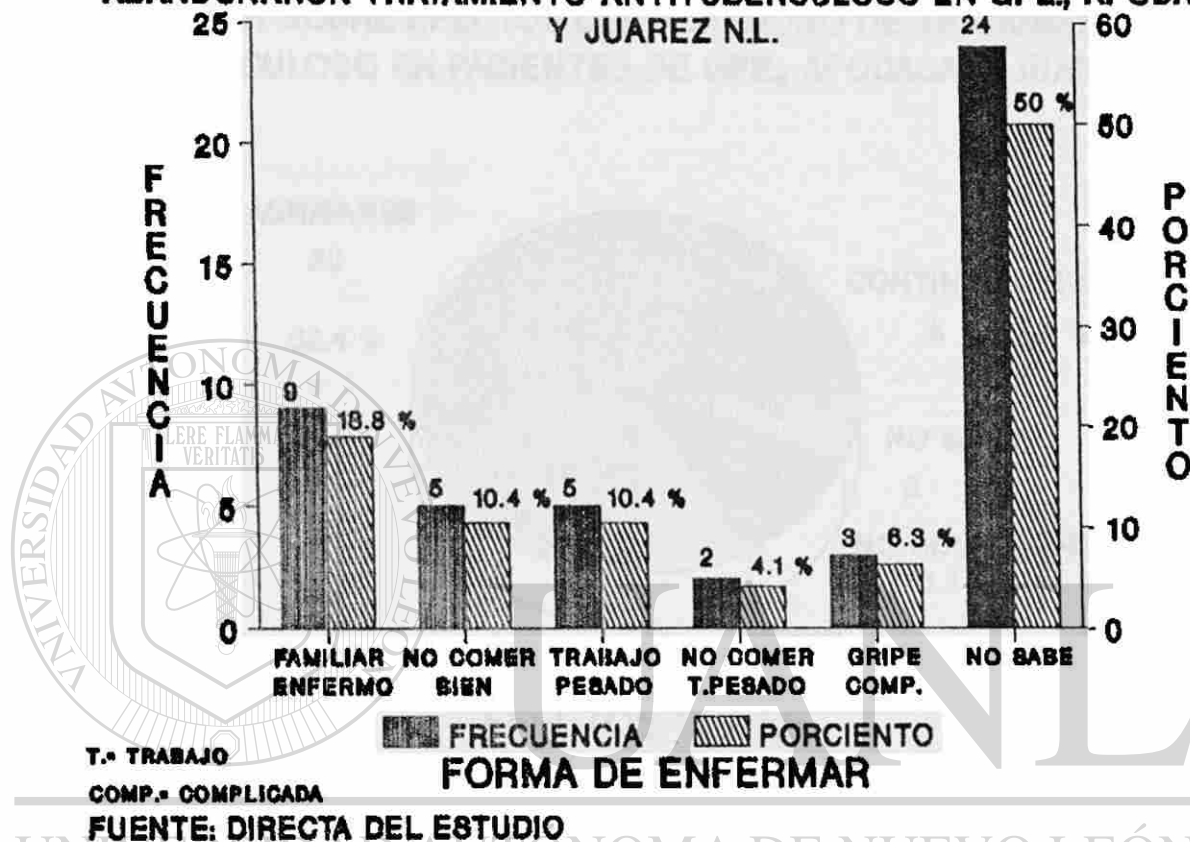
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El conocimiento de los pacientes observados respecto a la transmisión de la enfermedad el 68.8 por ciento conoce que su enfermedad es transmisible, el resto 31.2 por ciento no lo sabe.

FIGURA 14
FORMA EN QUE PIENSAN QUE ENFERMARON LOS PACIENTES QUE
ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA
Y JUAREZ N.L.

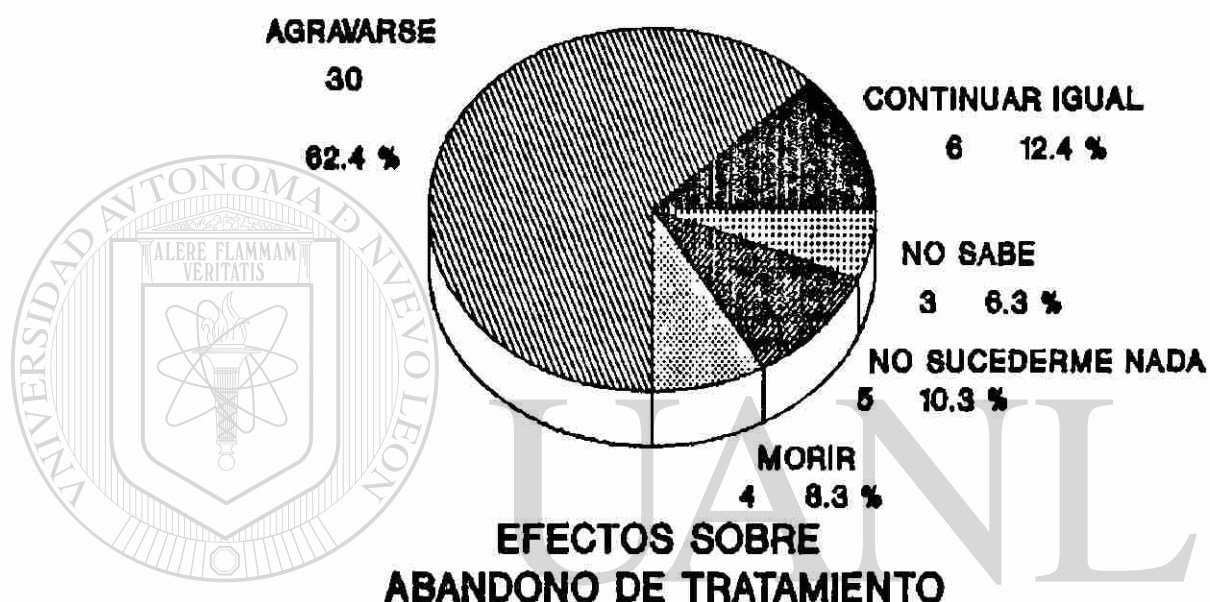


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación a la forma en que los pacientes piensan que enfermaron el 50 por ciento no lo sabe, el 20.8 por ciento percibe que enfermó por no comer bien y tener un trabajo pesado, y el 18.8 por ciento considera que enfermó por tener un familiar con el mismo problema.

FIGURA 15

CREENCIA SOBRE EFECTOS DEL ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



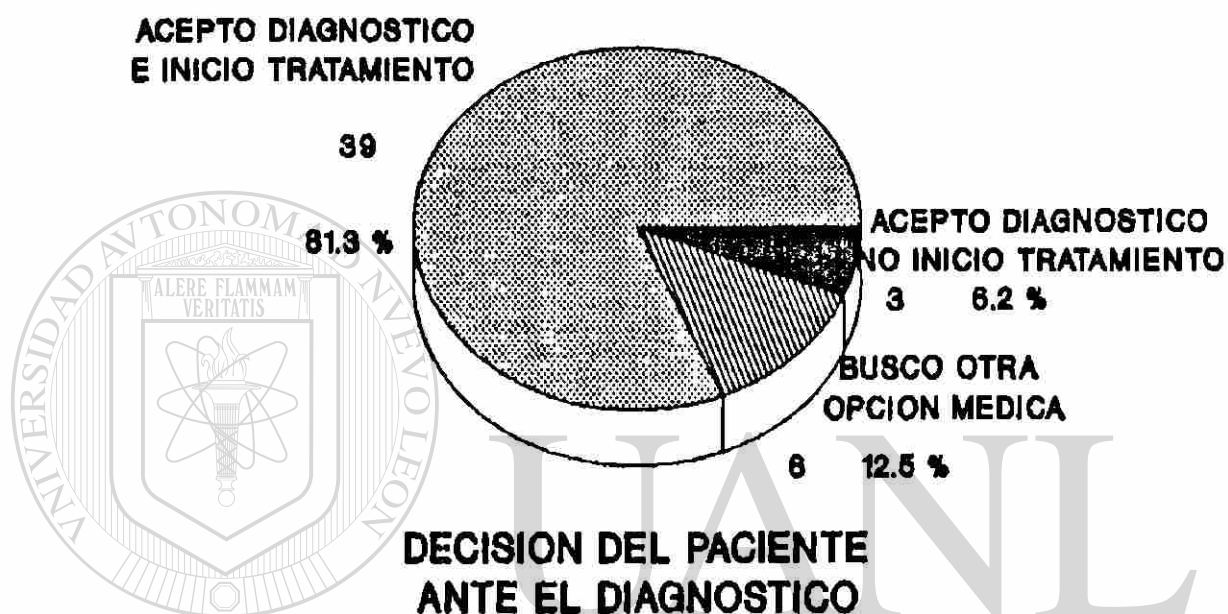
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De la población estudiada respecto a los efectos sobre el abandono del tratamiento antituberculoso: el 62.4 por ciento sabe que puede agravarse, el 12.4 por ciento piensa que puede continuar igual, el 10.3 por ciento piensa que no le sucederá nada, el 8.3 por ciento piensa que puede morir; por último un 6.3 por ciento no sabe lo que pasaría por abandonar el tratamiento.

FIGURA 16

**DECISION ANTE EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**



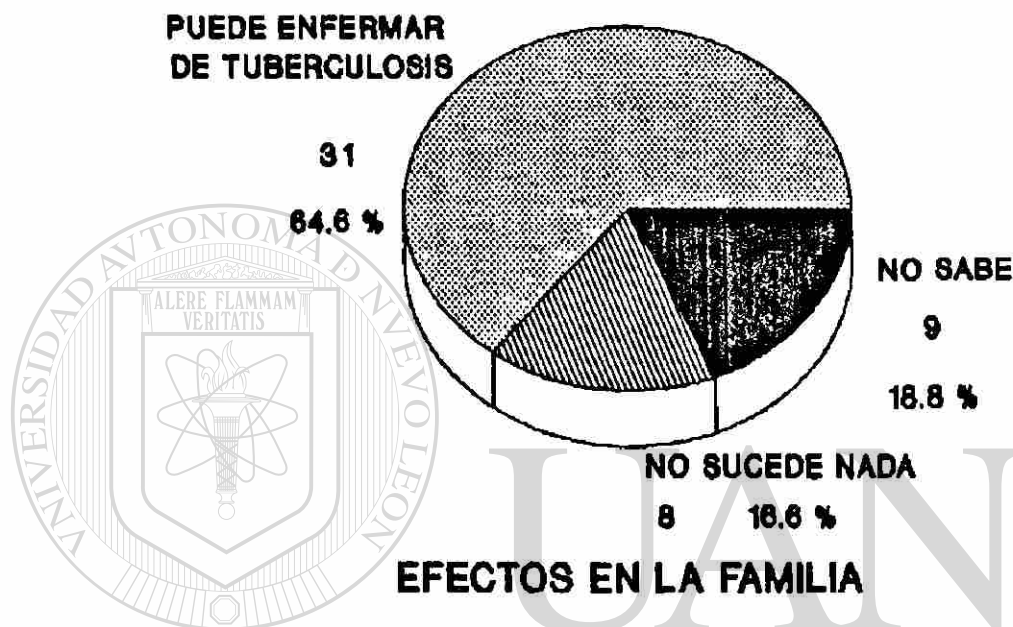
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La decisión que tomó el paciente cuando le diagnosticaron la tuberculosis fue: El 81.3 por ciento aceptó el diagnóstico e inició el tratamiento, el 12.5 por ciento buscó otra opción médica y el 6.2 por ciento aceptó el diagnóstico pero no inició el tratamiento.

FIGURA 17

EFFECTOS EN LA FAMILIA POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

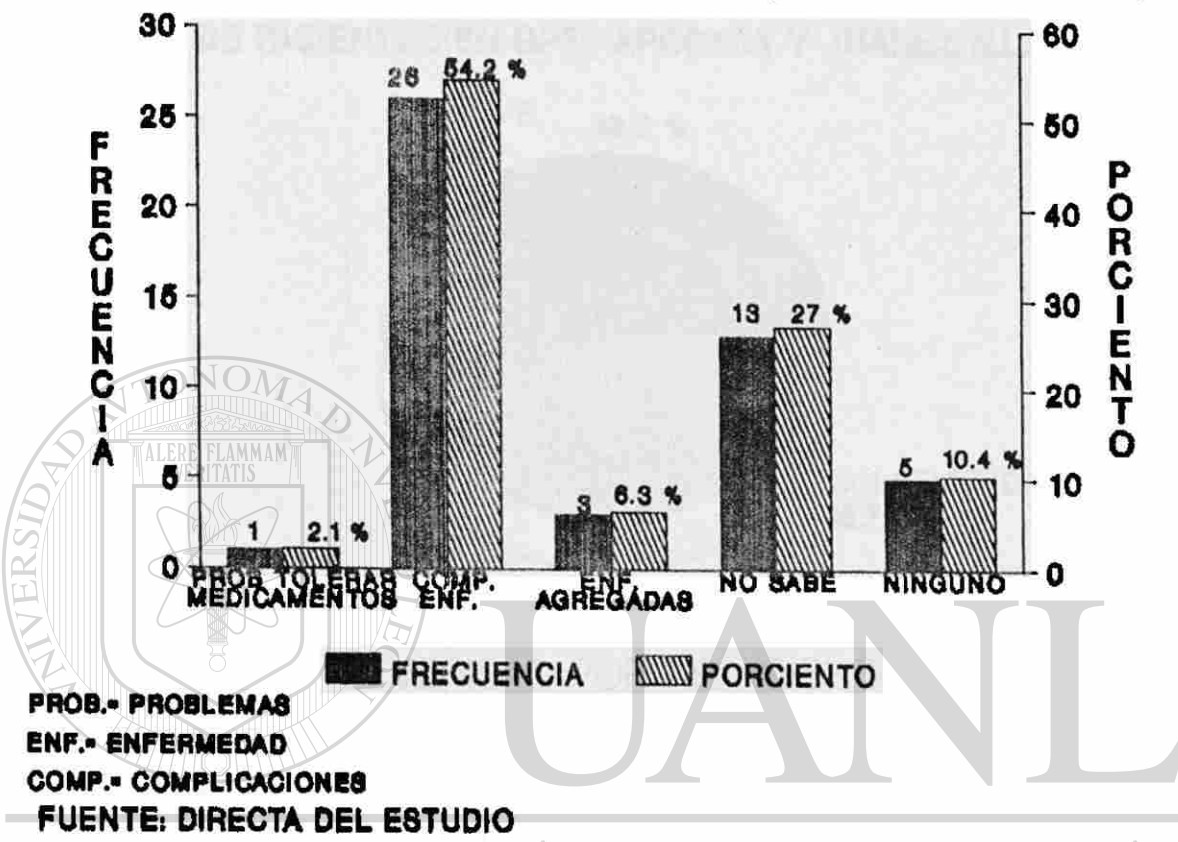


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De los 48 pacientes que abandonaron el tratamiento un 64.6 por ciento sabe que la familia puede contraer una enfermedad, un 18.8 por ciento ignora lo que le sucedería a su familia y un 16.6 por ciento piensa que no pasaría nada.

FIGURA 18
CREENCIAS SOBRE LOS DAÑOS CAUSADOS A PACIENTES POR ABANDONO
DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L



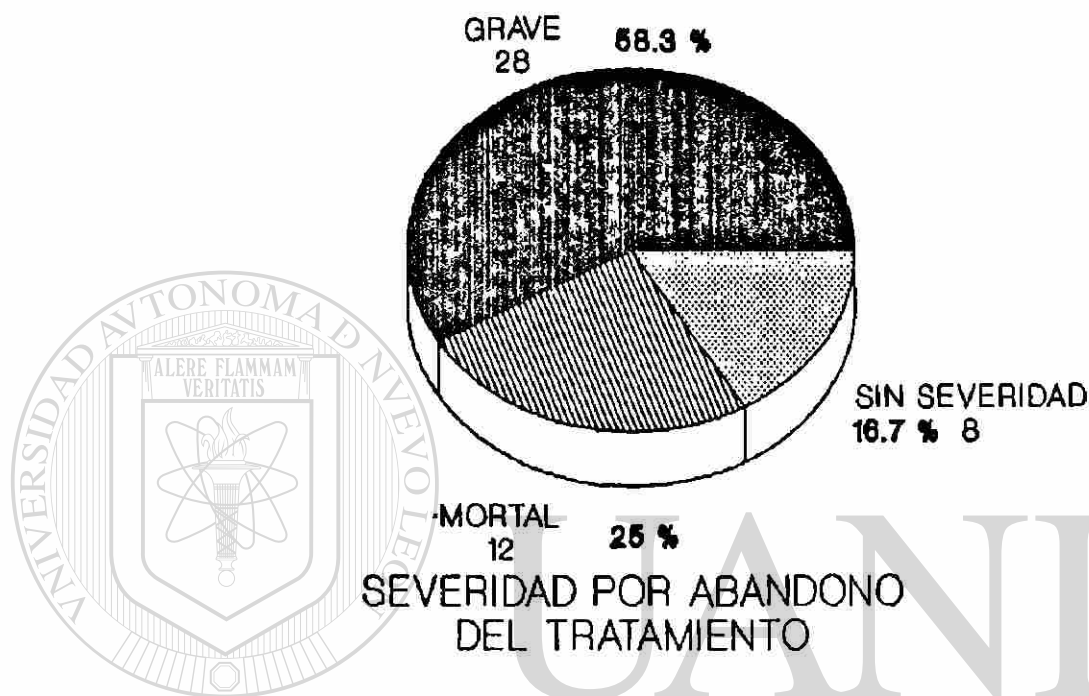
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación con la creencia de daños que ocasionan el abandono del tratamiento antituberculoso el 54.2 por ciento considera que la enfermedad puede complicarse, el 27 por ciento no sabe que daños le pueden ocasionar, el 10.4 por ciento señala que no tendrá daño por abandonar el tratamiento; el resto 8.4 por ciento refiere enfermedades agregadas y problemas de intolerancia al medicamento.

FIGURA 19
SEVERIDAD POR ABANDONO DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

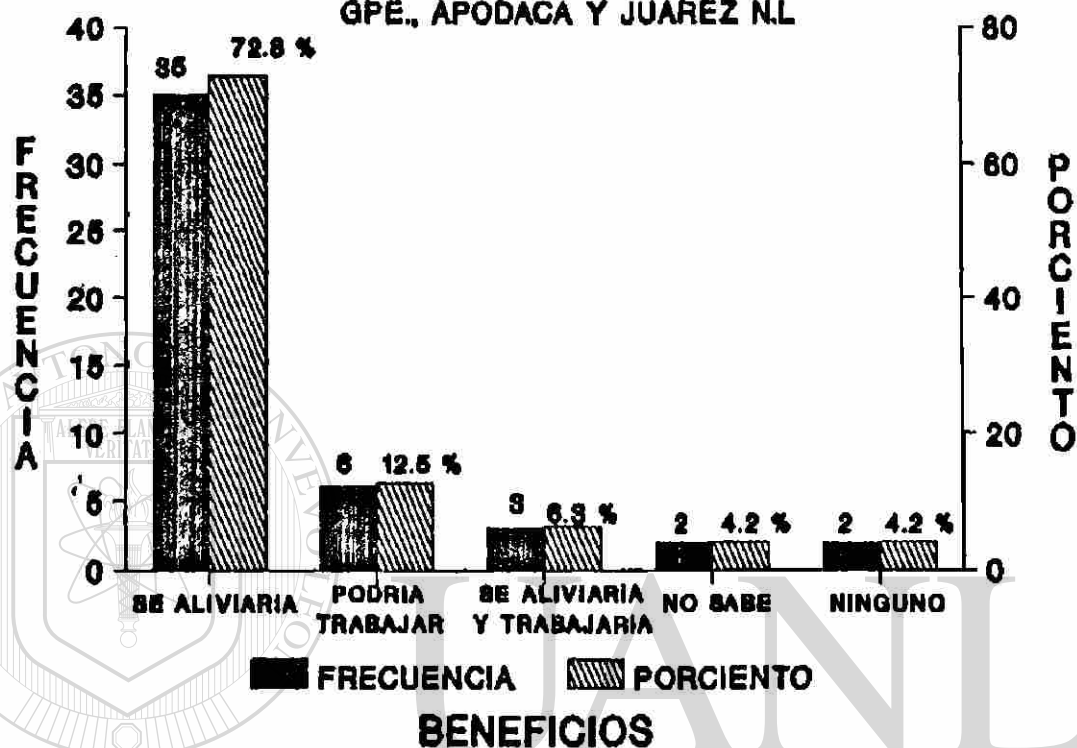


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La severidad de la enfermedad por causa del abandono del tratamiento en la población estudiada fué el siguiente: El 83.3 por ciento percibe que se agravaría y sería mortal la enfermedad, y el 16.7 por ciento señaló no tener severidad de la enfermedad al abandonar el tratamiento.

FIGURA 20
CREENCIAS SOBRE BENEFICIOS POR TERMINAR TRATAMIENTO DE
PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN
GPE., APODACA Y JUAREZ N.L

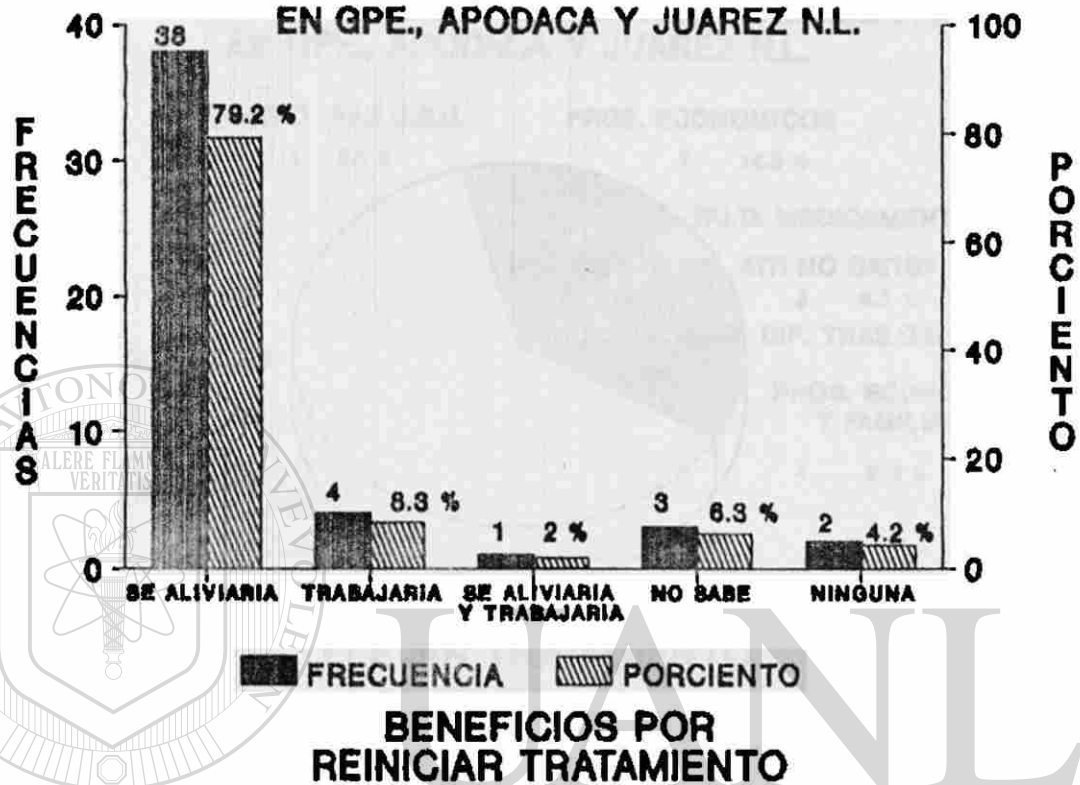


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las respuestas de los pacientes en cuanto a la creencia de beneficios que obtendría por terminar el tratamiento antituberculoso fueron los siguientes: El 72.8 por ciento se aliviaría, el 18.8 por ciento percibe que se aliviaría y podría trabajar; el resto el 8.2 por ciento considera que no obtendría beneficios ó desconoce que beneficios obtendría.

FIGURA 21
BENEFICIOS POR REINICIAR TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE
ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

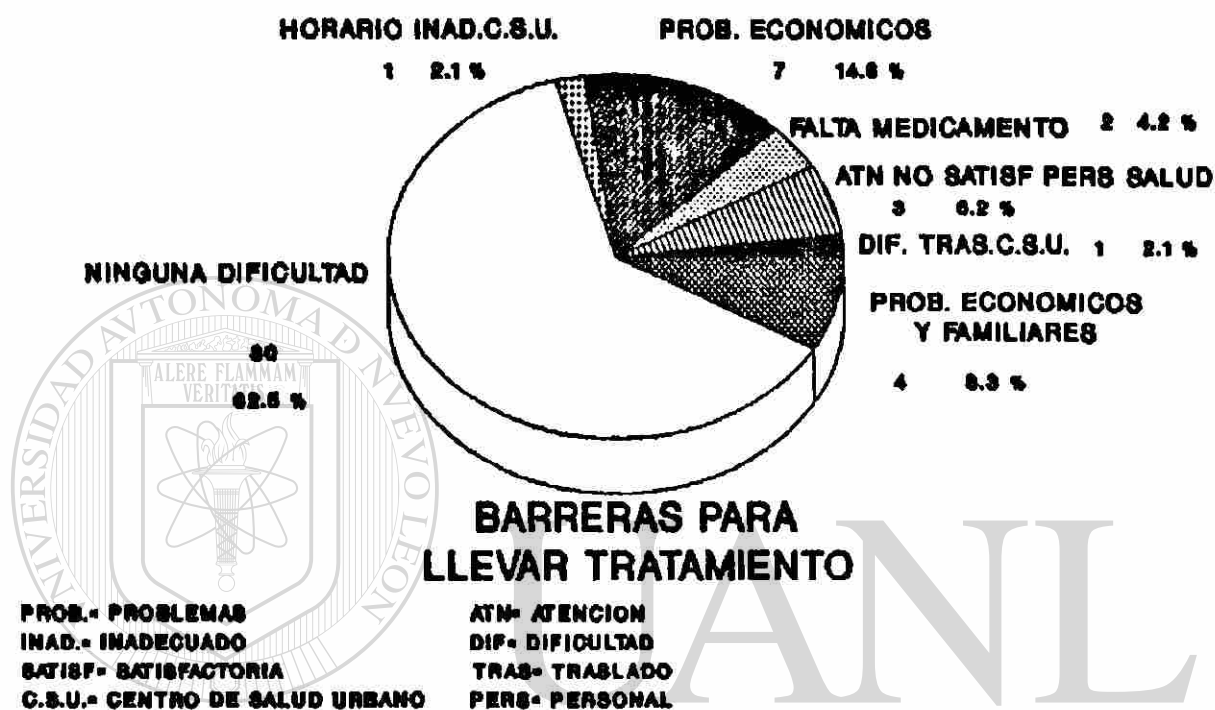
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los beneficios percibidos por el paciente si decide reiniciar el tratamiento serían: 79.2 por ciento piensa que se aliviaría, el 10.5 por ciento refiere que no obtendría beneficios o los desconoce, el resto 10.3 por ciento piensa que se aliviaría y que podría volver a trabajar.

FIGURA 22
BARRERAS QUE IMPIDEN EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

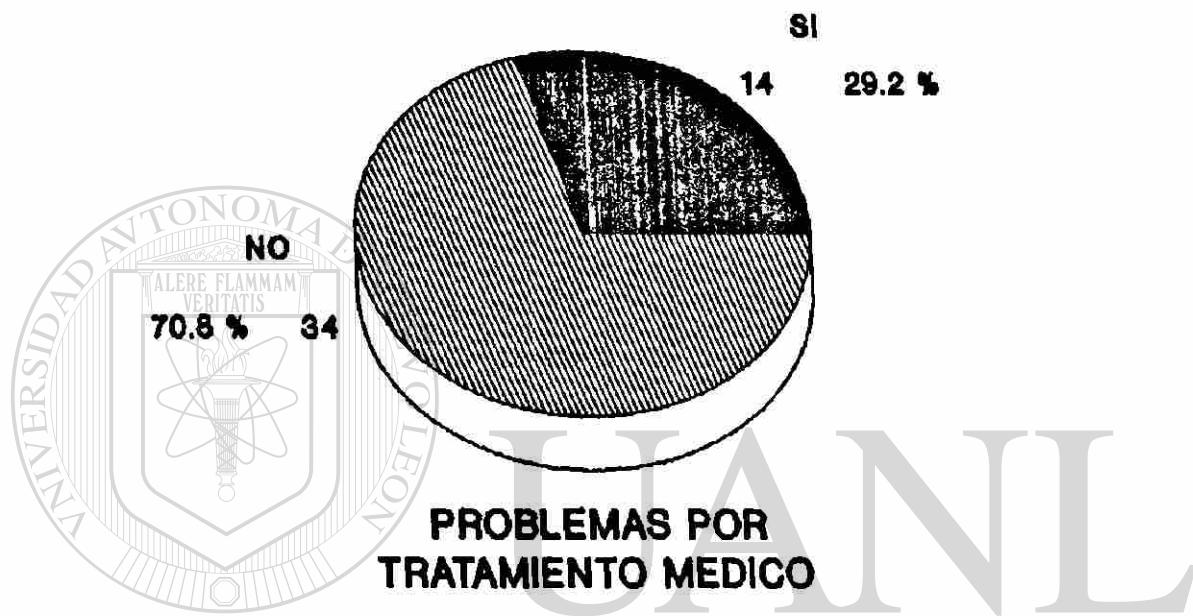
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Entre las barreras encontradas por los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso se encontró que el 62.5 por ciento refiere no tener ninguna dificultad, el 22.9 por ciento su barrera principal fué el aspecto económico y problemas familiares, el 6.2 por ciento refiere recibir atención no satisfactoria.

FIGURA 23

PROBLEMAS POR EL TRATAMIENTO A PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE, APADACA Y JUAREZ N.L.



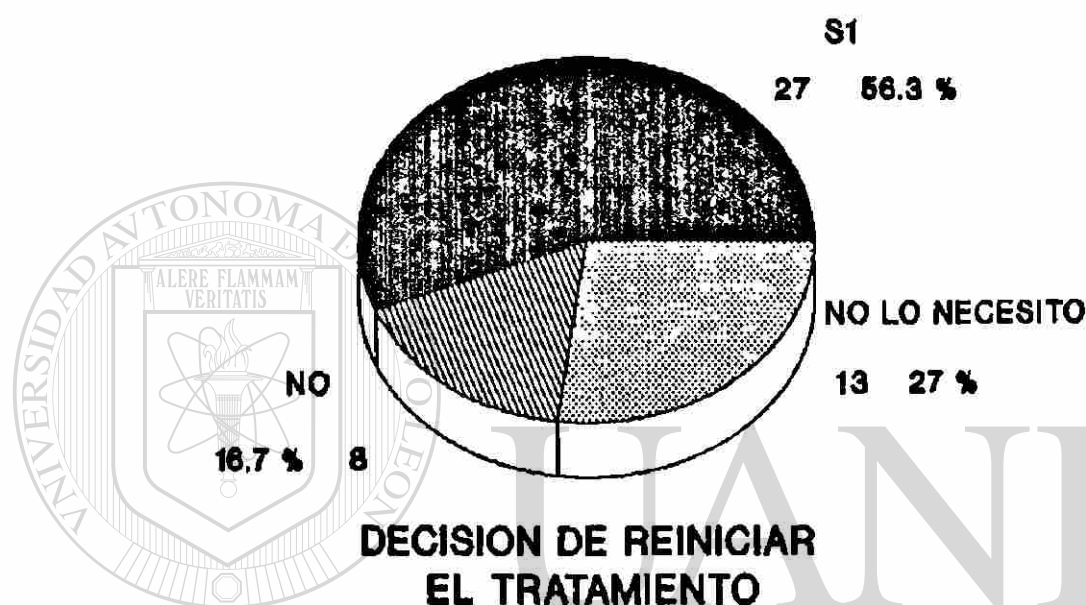
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La respuesta de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso por problemas con el tratamiento médico a su persona fué negativo para el 70.8 por ciento y el 29.2 por ciento afirmativo.

FIGURA 24

DECISION DEL PACIENTE DE REINICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

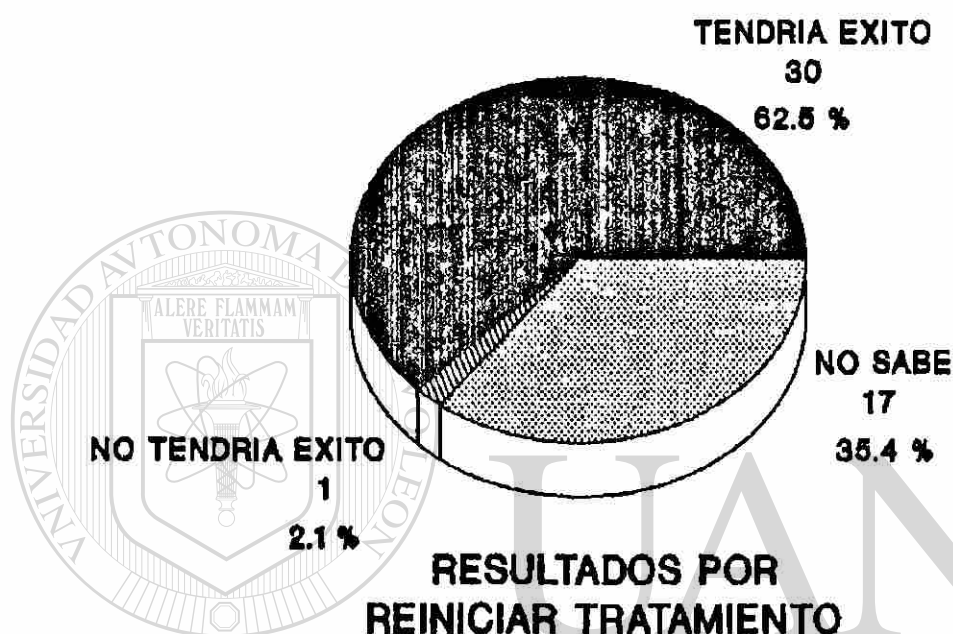


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En la toma de decisiones de los pacientes respecto a reiniciar o no el tratamiento, el 56.3 por ciento decide reiniciarlo, el 16.7 por ciento no desea reiniciarlo y el 27 por ciento señala no necesitar el tratamiento.

FIGURA 25
RESULTADO POR REINICIAR EL TRATAMIENTO DE PACIENTES QUE
ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DE ESTUDIO

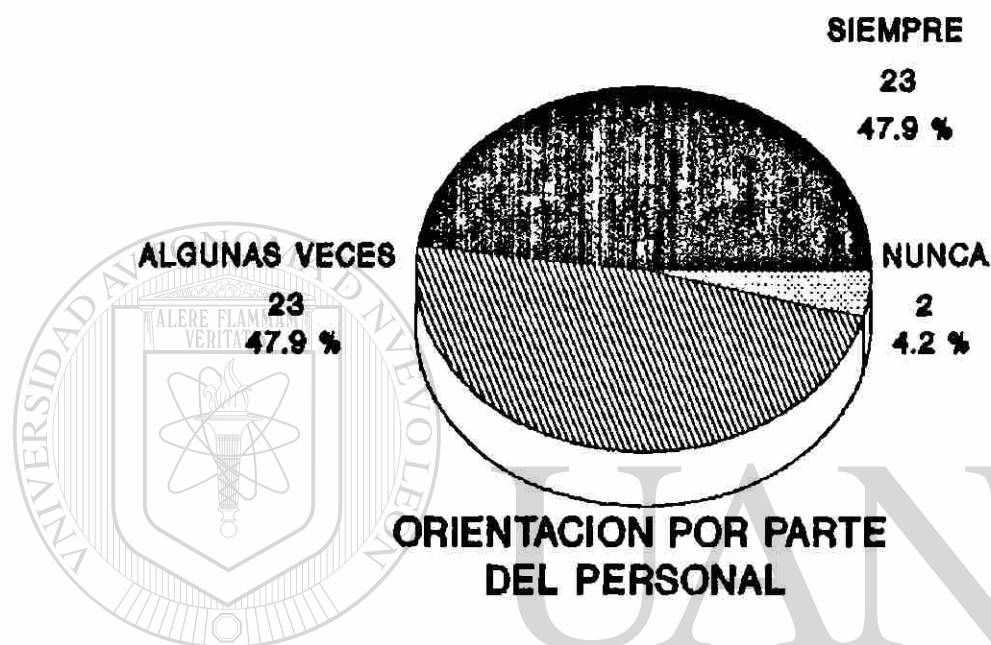
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En la evaluación del éxito o fracaso al reiniciar el tratamiento el 62.5 por ciento afirmó que sí tendría éxito, el 35.4 por ciento no sabe si tendrá éxito y el 2.1 por ciento piensa que fracasaría.

FIGURA 26
ORIENTACION SOBRE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PERSONAL DE
SALUD EN PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Respecto a la orientación por parte del personal de salud sobre el tratamiento el 47.9 por ciento siempre recibe orientación, el mismo porcentaje algunas veces lo recibe y nunca recibieron orientación el 4.2 por ciento.

FIGURA 27

ORIENTACION SOBRE EL TRATAMIENTO A PERSONAS QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

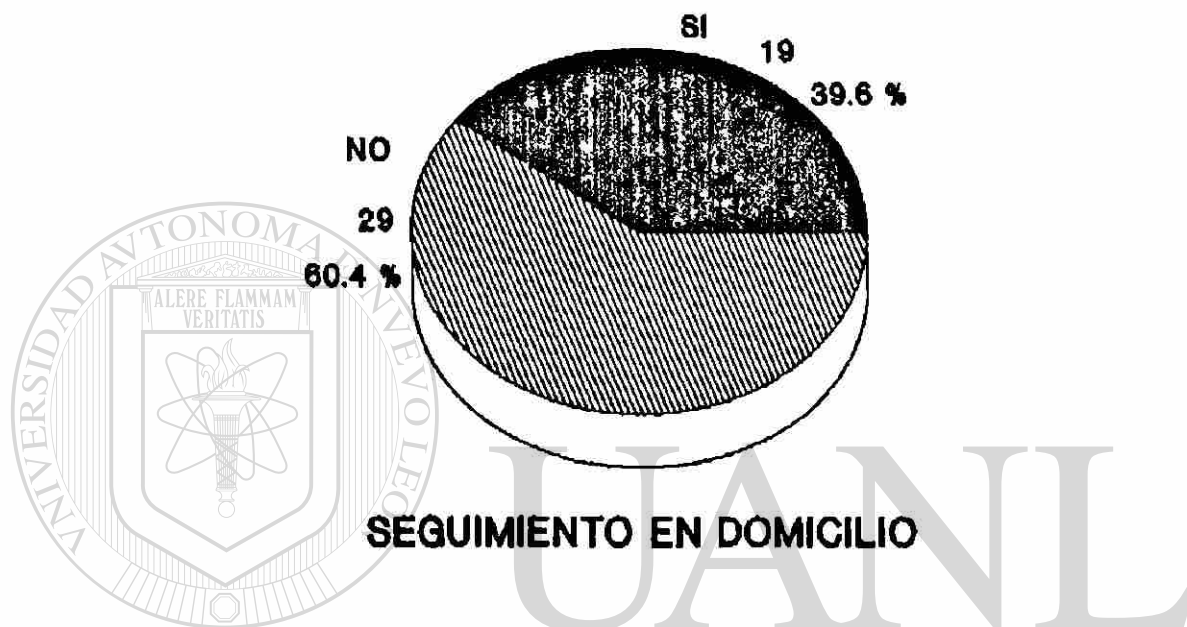


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La orientación por parte del personal de la salud brindada a los pacientes con tuberculosis pulmonar que abandonaron el tratamiento fué por parte del médico el 91.6 por ciento; por el personal de enfermería 2.1 por ciento, con el mismo porcentaje el promotor de salud, el familiar y ninguna persona.

FIGURA 28

**SEGUIMIENTO EN DOMICILIO POR EL PERSONAL DE SALUD
A PACIENTES QUE ABANDONARON TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**



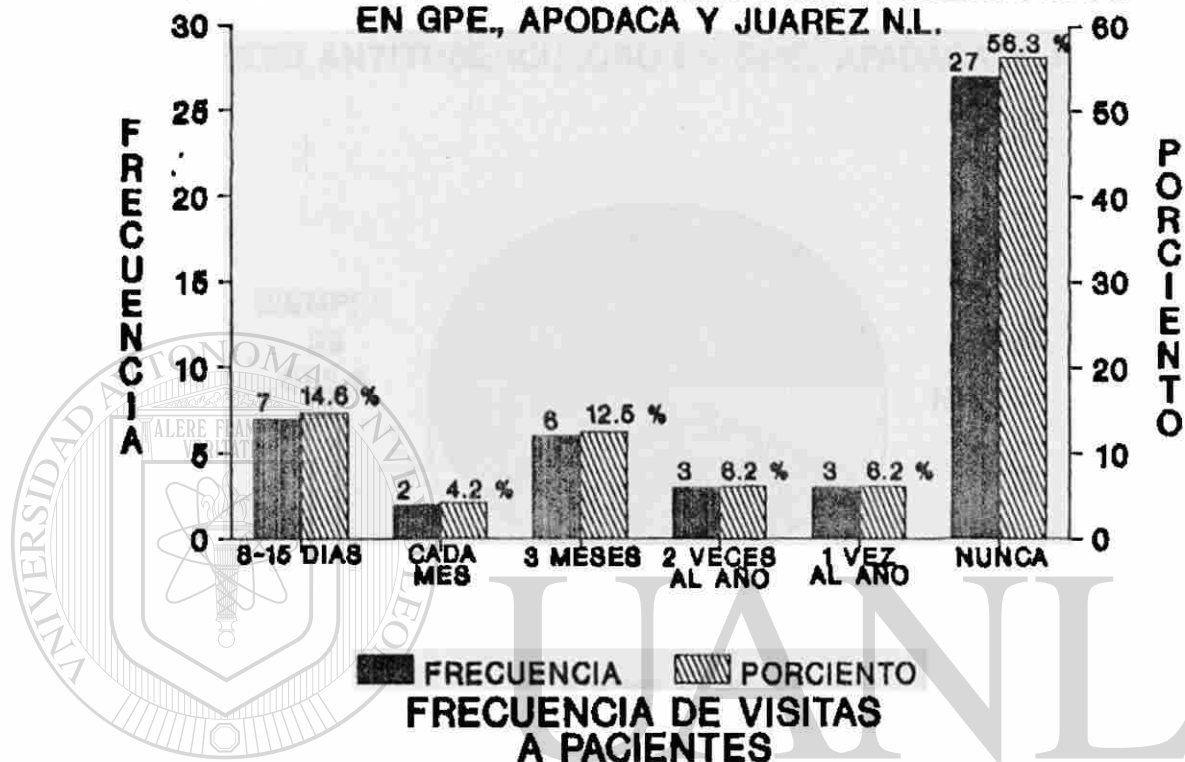
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El seguimiento en el domicilio por parte del personal de salud no se realizó al 60.4 por ciento de los pacientes encuestados, en el 39.6 por ciento si se realizó dicho seguimiento.

FIGURA 29
FRECUENCIAS DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD A PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

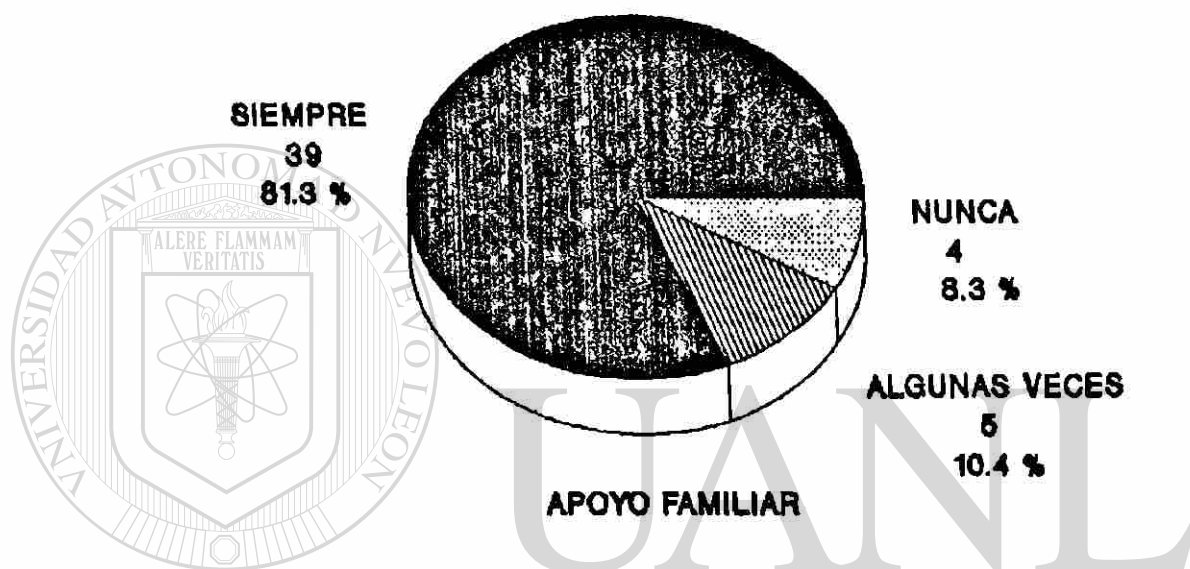
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La frecuencia de la visita domiciliaria por parte del personal de salud se refleja de la siguiente manera:

El 56.3 por ciento de los pacientes nunca fué visitado, para el 14.6 por ciento las visitas fueron espaciadas entre ocho y quince días; cada tres meses para el 12.5 por ciento, dos veces al año el 6.2 por ciento, con el mismo porcentaje una vez al año y cada mes solo al 4.2 por ciento.

FIGURA 30

APOYO FAMILIAR A LOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APADACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DE ESTUDIO

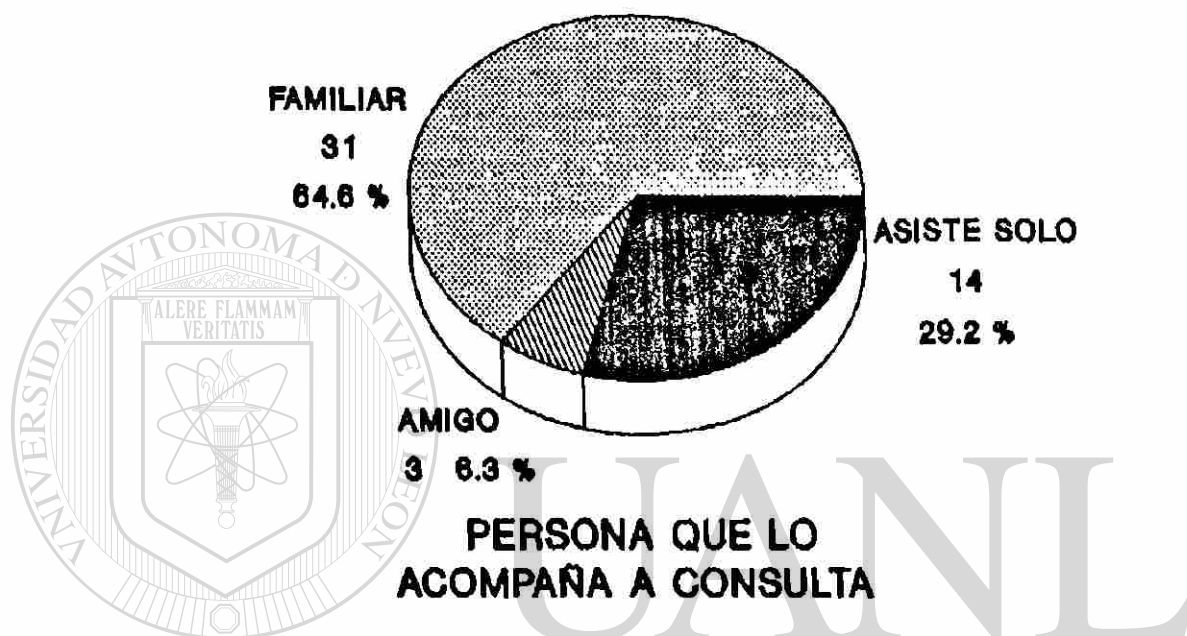
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El apoyo familiar otorgado a los pacientes encuestados, el 81.3 por ciento siempre recibe apoyo, el 10.4 por ciento algunas veces lo recibe y al 8.3 por ciento nunca lo apoyan.

FIGURA 31
PERSONA QUE ACOMPAÑA A LA CONSULTA A PACIENTES
QUE ABANDONARON TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

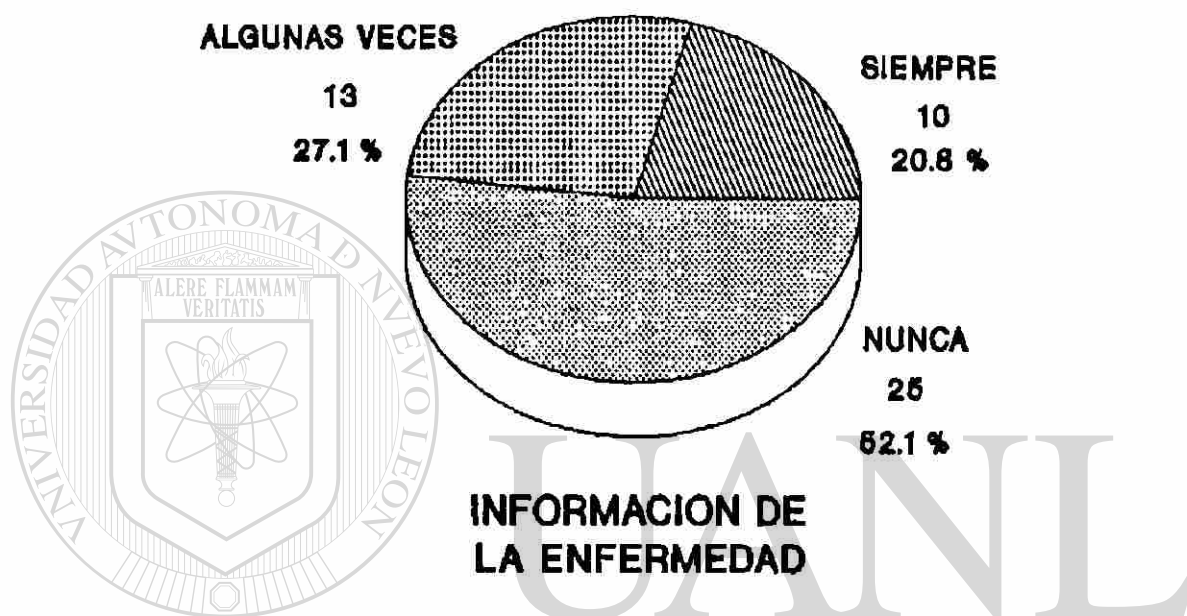
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Respecto a quien acompaña al paciente a la consulta se encontró que el 64.6 por ciento es un familiar, el 29.2 por ciento asiste solo y al 6.3 por ciento es acompañado por un amigo.

FIGURA 32
INFORMACION QUE BUSCA EL PACIENTE QUE ABANDONO
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO SOBRE SU ENFERMEDAD
EN GPE, APODACA Y JUAREZ N.L.

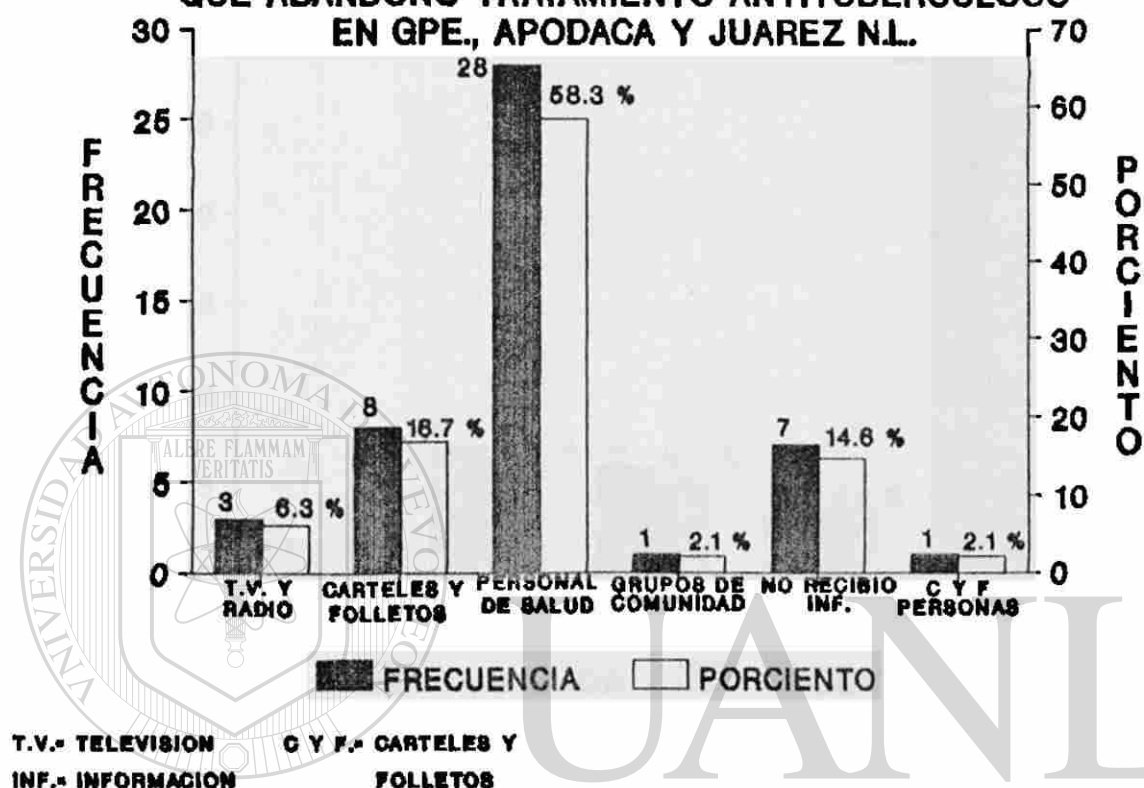


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Respecto al interés de los pacientes por buscar alguna información acerca del tratamiento antituberculoso, el 52.1 por ciento refiere no buscarlo nunca, el 27.1 por ciento algunas veces y el 20.8 por ciento siempre busca información.

FIGURA 33
MEDIO EN QUE ENCONTRO INFORMACION EL PACIENTE
QUE ABANDONO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

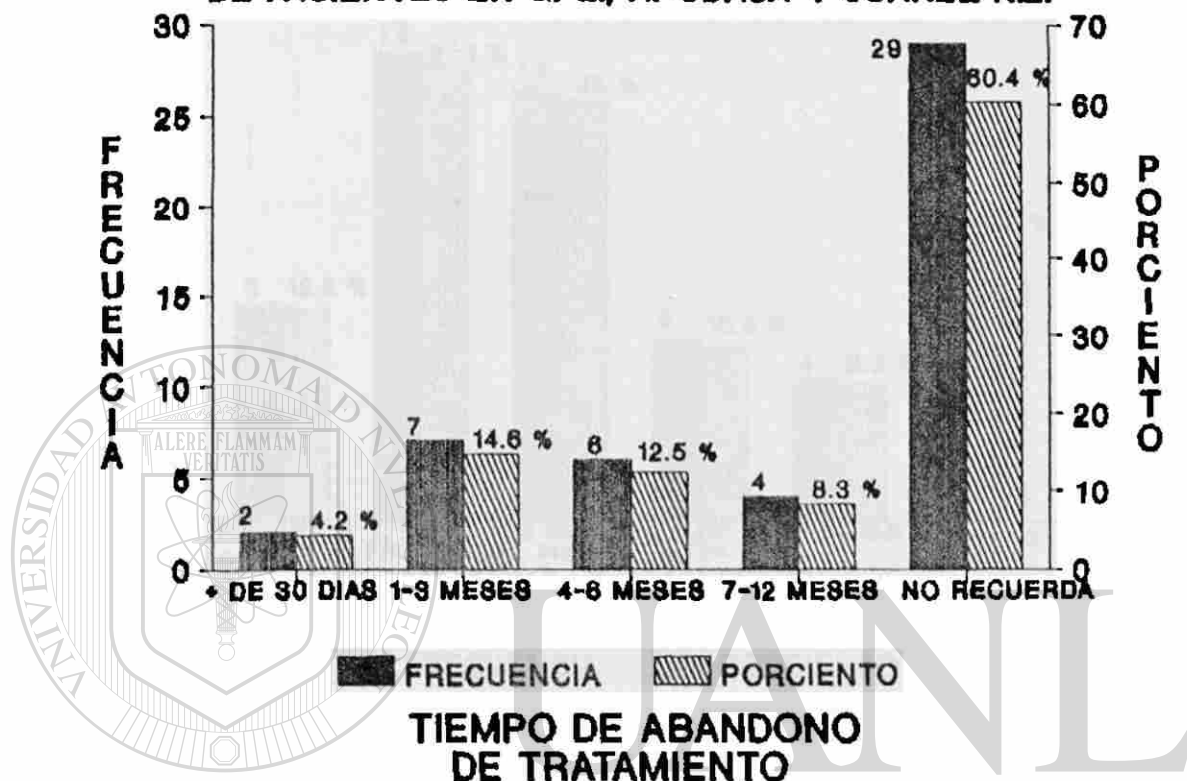
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La información respecto al tratamiento antituberculoso, los pacientes la encontraron: Directo del personal de salud el 58.3 por ciento, a través de carteles y folletos el 16.7 por ciento, el 14.6 por ciento no ha tenido información; por la radio y televisión, grupos de comunidad y otras personas el 9.5 por ciento restante.

FIGURA 34
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ NL.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

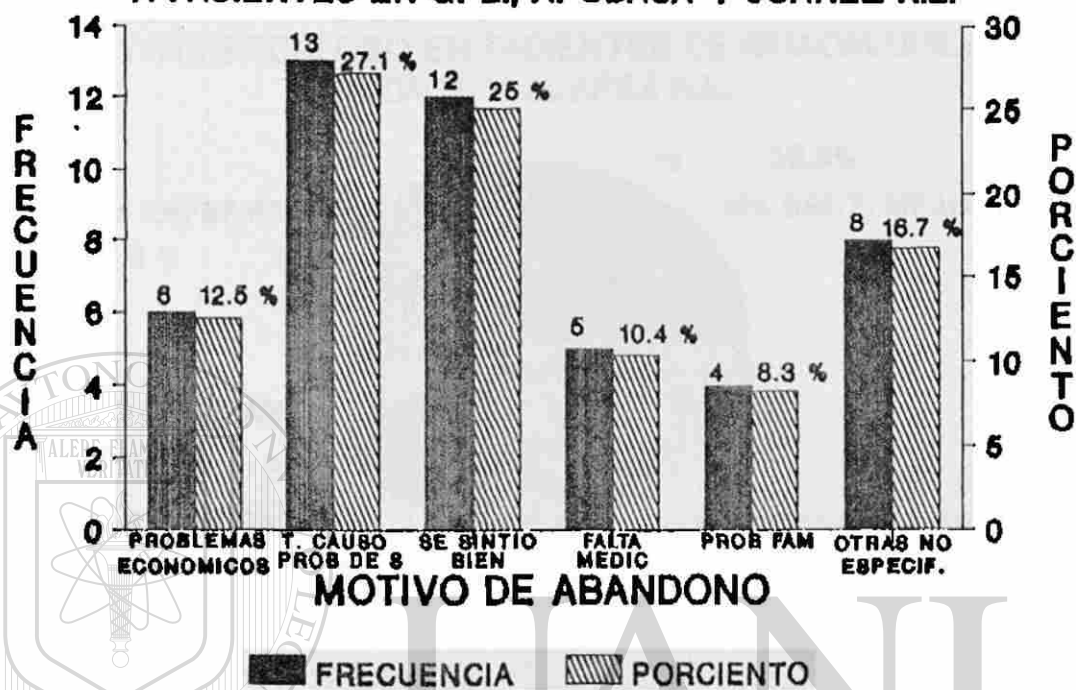
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Las respuestas de los pacientes en el aspecto del tiempo de abandono del tratamiento, el 60.4 por ciento no lo recuerda, el 14.6 por ciento refiere que lo abandonó de uno a tres meses, el 12.5 por ciento de cuatro a seis meses; el 8.3 por ciento de siete a doce meses y más de 30 días el 4.2 por ciento.

FIGURA 35
MOTIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
A PACIENTES EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



S- SALUD
T- TRATAMIENTO
FAM- FAMILIARES

PROB- PROBLEMAS
MEDIC- MEDICAMENTOS
ESPECIF- ESPECIFICADAS

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

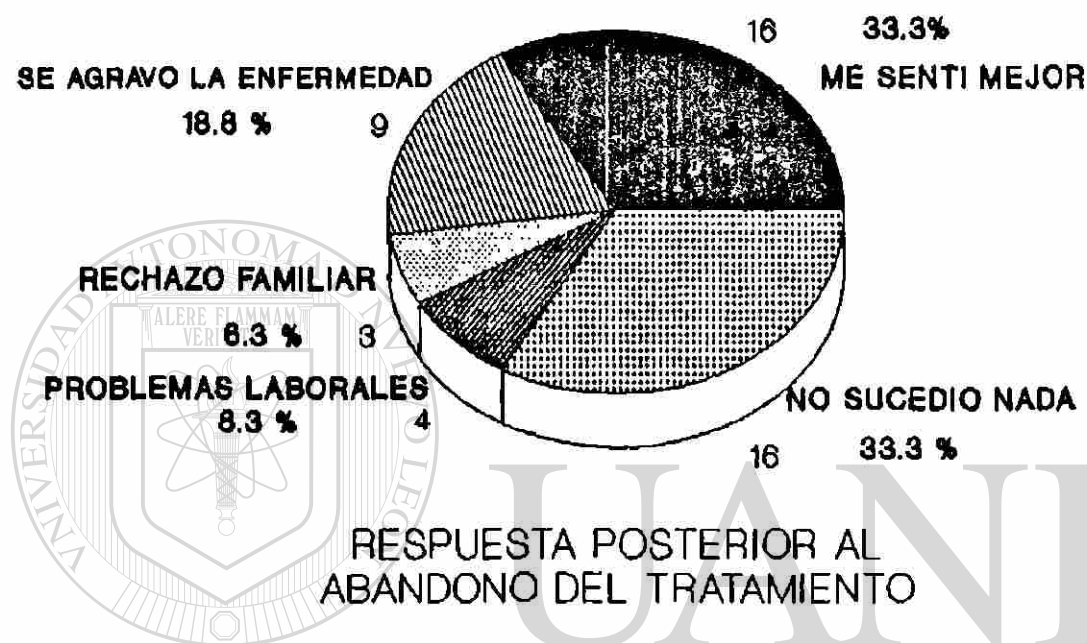
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los motivos que causaron el abandono del tratamiento en los pacientes encuestados el 27.1 por ciento fué porque presentó problemas de salud, el 25 por ciento se sintió mejor; el 12.5 por ciento por problemas económicos, por causas no especificadas el 16.7 por ciento, por falta de medicamentos el 10.4 por ciento y por problemas familiares el 8.3 por ciento.

FIGURA 36
RESPUESTA POSTERIOR AL ABANDONO DE TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GUADALUPE,;
APODACA Y JUAREZ N.L.



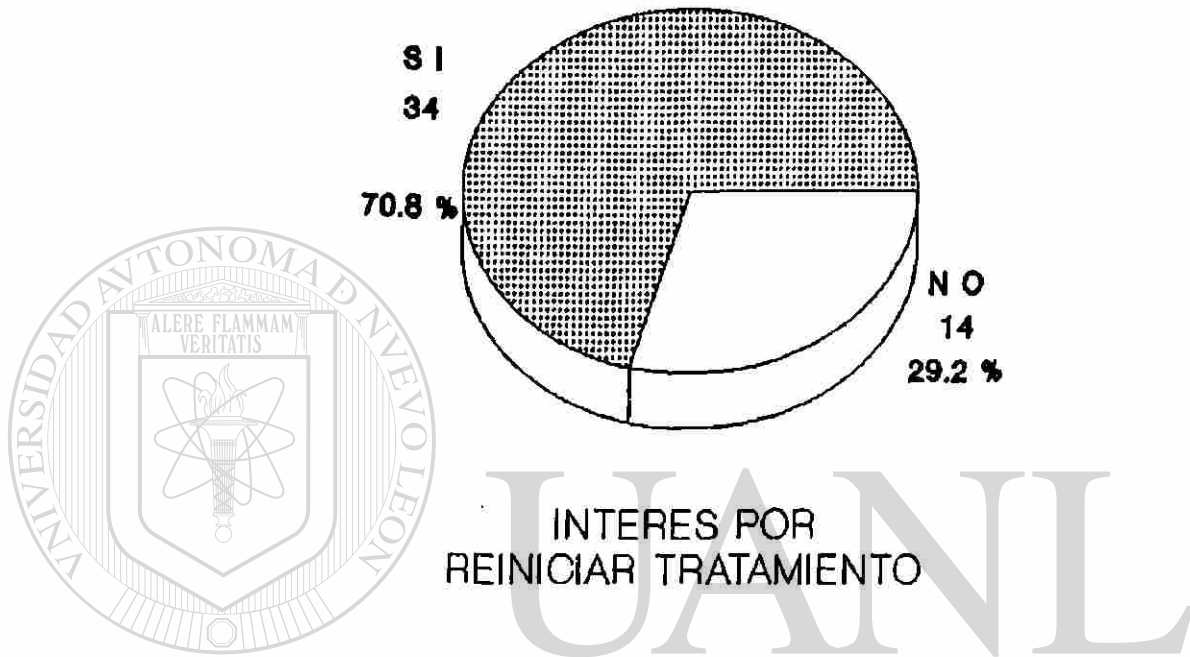
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La respuesta posterior al abandono del tratamiento de los pacientes diagnosticados de tuberculosis fué: Por sentirse mejor el 33.3 por ciento, al 18.8 por ciento se le agravó la enfermedad; el 8.3 por ciento tuvo problemas laborales, el 6.3 por ciento tuvo rechazo familiar y al 33.3 por ciento restante no le sucedió nada.

FIGURA 37

**INTERES POR REINICIAR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
DE PACIENTES QUE LO ABANDONARON EN GPE.,
APODACA Y JUAREZ N.L.**



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

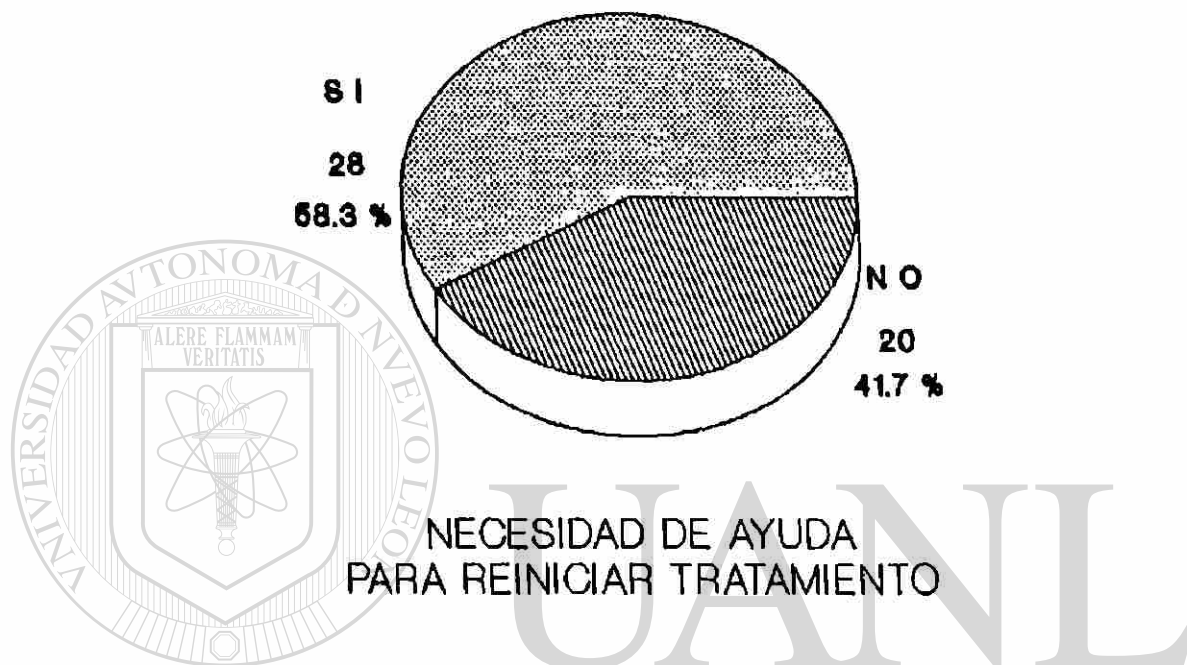
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El interés de los pacientes por reiniciar el tratamiento refleja en las siguientes respuestas, el 70.8 por ciento manifestó tener interés, el 29.2 por ciento dice no interesarle reiniciar el tratamiento.

FIGURA 38

NECESIDAD DE AYUDA PARA REINICIAR TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

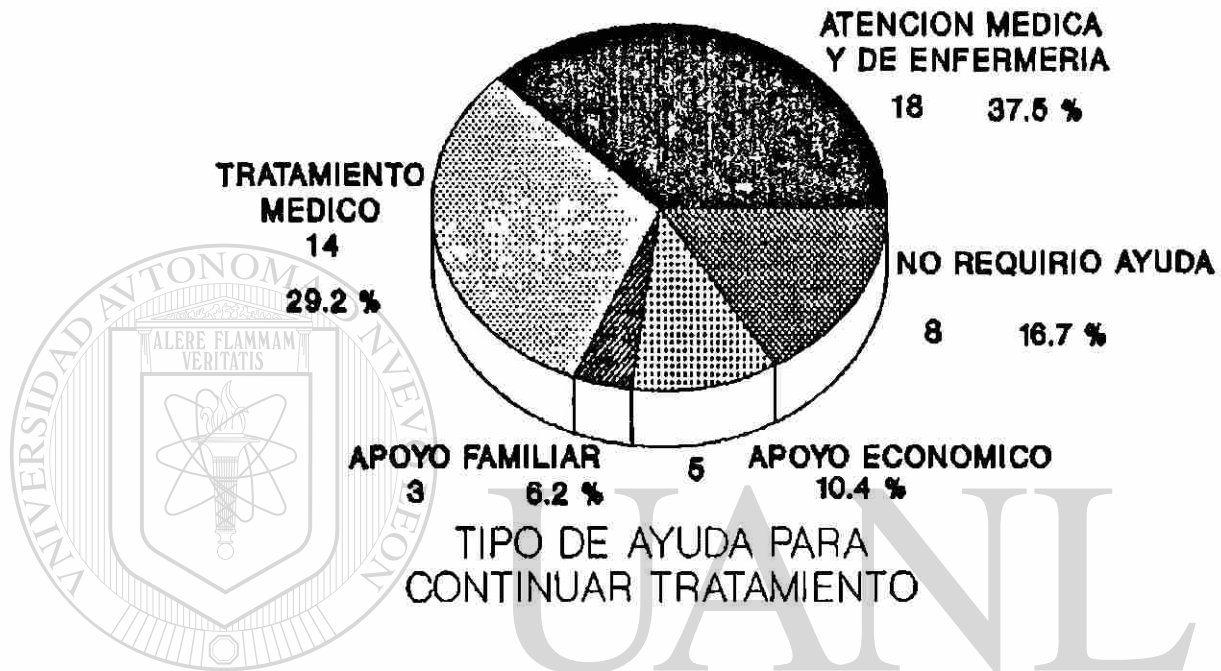
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al cuestionar a los pacientes que abandonaron el tratamiento si requerían de una ayuda profesional, familiar y económica para reiniciar el tratamiento, el 58.3 por ciento expresó que si y el 41.7 por ciento contestó que no necesitaba la ayuda.

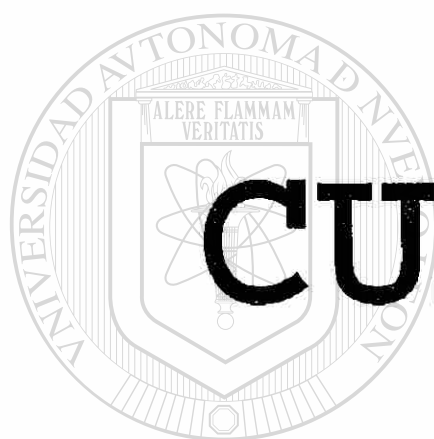
FIGURA 39
TIPO DE AYUDA QUE REQUIERE PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO
ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE.,
APODACA Y JUAREZ N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En cuanto al tipo de ayuda que requieren los pacientes que han abandonado el tratamiento el 37.5 por ciento dice necesitar atención médica y de enfermería, el 29.2 por ciento tener tratamiento médico, no requiere ayuda el 16.7 por ciento, 10.4 por ciento necesita apoyo económico y el 6.2 restante tratamiento médico y apoyo familiar.



CUADROS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO 1
EDAD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO EDAD	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
- 14	-	-	4	8.3	-	-	-	-	4	8.3	8	16.7
15 - 24	-	-	-	-	3	6.3	-	-	7	14.7	10	20.6
25 - 34	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	4	8.3	7	14.6
35 - 44	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	6	12.5	11	22.9
45 - 54	-	-	1	2.1	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
55 - +	-	-	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4	8	16.7
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 28.46

V. de Cramer= .38

t= teórica

χ^2 t= 31.41

Covariancia= .15

Calo= Calculada

gl= 20 p> > .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

En este cuadro se observa que el 58.3 por ciento de la población que abandona el tratamiento antituberculoso se encuentra en el grupo de edad de 15 a 44 años. Por otro lado el 60.4 por ciento de la población no recuerda, el tiempo que ha pasado desde que abandonó el tratamiento se comporta muy similar en todos los grupos de edad.

Al relacionar las variables de edad con el tiempo de abandono, se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 28.46 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad y una p> de .05, por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .38 con una correlación positiva débil (Levin 1979) y una variación explicada del 15 por ciento.

CUADRO 2

SEXO Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MASCULINO	1	2.1	7	14.6	4	8.3	3	6.3	19	39.6	34	70.8
FEMENINO	1	2.1	-	-	2	4.2	1	2.1	10	20.8	14	29.2
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 3.78

V. de Cramer= .28

t= Teórica

χ^2 0.05= 9.48

Covariancia= .07

Calo= Calculada

gl = 4 p= >.05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El cuadro muestra que el 70.8 por ciento del sexo masculino es el que abandona el tratamiento con más frecuencia; de ellos el 39.6 por ciento no recuerda el tiempo que abandonó el tratamiento y el 14.6 por ciento tiene entre uno y tres meses de haberlo abandonado.

Al analizar las variables de tiempo de abandono del tratamiento y el sexo, se encontró una Chi cuadrada calculada de 3.78 y una Chi cuadrada teórica de 9.48 con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que muestra que fué igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .28 por lo que la correlación fué positiva débil y la covariancia de .07.

CUADRO 3
ESCOLARIDAD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIN ESCOLARIDAD	-	-	3	6.3	-	-	1	2.1	5	10.4	9	18.8
PRIMARIA INCOMPLETA	1	2.1	3	6.3	-	-	1	2.1	4	8.3	9	18.8
PRIMARIA COMPLETA	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	7	14.6	10	20.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	2.1	-	-	2	4.2	-	-	5	10.4	8	16.7
SECUNDARIA COMPLETA	-	-	1	2.1	2	4.2	1	2.1	4	8.3	8	16.7
ESTUDIOS POST SECUNDARIA	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8.3	4	8.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 19.55

V. de Cramer= .32

t= Teórica

$\chi^2 t = 31.41$

Covariancia= .10

Calc= Calculada

gl= 20 p= > .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Lo más representativo que se observa en el cuadro es que el 37.6 por ciento formado por el grupo sin escolaridad y primaria incompleta son los que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento, seguido por el 33.4 por ciento con estudios secundarios incompletos o completos, y el grupo con primaria completa y estudios post-secundaria arrojan 29.1 por ciento, observándose un comportamiento similar entre los diferentes grados de escolaridad.

Al analizar las variables de escolaridad con el tiempo de abandono se encontró una Chi cuadrada calculada de 19.55 y una Chi cuadrada teorica de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor .05. La V de Cramer fue de .32 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .10.

CUADRO 4
OCUPACION Y TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
HOGAR	1	2.1	2	4.2	2	4.2	1	2.1	5	10.4	11	22.9
EMPLEADO	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	2	4.2	5	10.4
DESEMPLEADO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	4	8.3	5	10.4
OBRAERO	-	-	1	2.1	2	4.2	2	4.2	13	27.1	18	37.5
PENSIONADO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
ESTUDIANTE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
COMERCIANTE	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
MEJOR	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 24.25

V. de Cramer= .35 M=MESES

χ^2 t= 41.33

Covariancia= .19 I= Teoría

gl= 28

pa > .05

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECCIÓN DEL ESTUDIO DE MUESTRA DE ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En este cuadro se muestra que el 60.4 por ciento de la población se dedica al hogar o es obrero, en ellas se encontró que el 37.5 por ciento no recuerda desde cuando abandonó el tratamiento antituberculoso. Por otra parte el 23 por ciento que corresponde a las categorías de desempleado, pensionado, estudiante y menor, de todos 16.7 por ciento también no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento .

En el análisis de los datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 24.25, y una Chi cuadrada de tablas de 41.33 con 28 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .35 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 13 por ciento.

CUADRO 5
ESTRATO ECONOMICO Y TIEMPO DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
- SALARIO MINIMO	-	-	2	4.2	1	2.1	1	2.1	4	8.3	8	16.7
UN SALARIO MINIMO	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	5	10.4	7	14.6
DOS SALARIOS MINIMOS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	5	10.4	6	12.6
3 - + SALARIOS MINIMOS	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2
SIN SALARIO FIJO	-	-	2	4.2	4	8.3	2	4.2	12	25	20	41.7
DEPENDIENTE	-	-	2	4.2	-	-	-	-	3	6.3	5	10.4
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 26.89

V. de Cramer= .37

t= Teórica

χ^2 t = 31.41

Covariancia= .14

Calo= Caloulada

gl= 20

p= > .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos encontrados indican que el 68.8 por ciento están en el grupo económicamente débil por percibir menos de un salario mínimo, ser dependientes y sin salario fijo, de todos menos el 39.6 por ciento no recuerdan el tiempo de abandono del tratamiento y el 12.6 tienen entre uno y tres meses de haberlo abandonado.

El análisis de los datos mostró que la Chi cuadrada calculada es de 26.89 y una Chi cuadrada de tablas de 31.4 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .37 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 14 por ciento.

CUADRO 6

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MENOS DE 14	-	-	3	6.3	2	4.2	3	6.3	-	-	-	-	8	16.7
15 - 24	2	4.2	3	6.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	10	20.8
25 - 34	-	-	4	8.3	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	7	14.6
35 - 44	3	6.3	1	2.1	2	4.2	1	2.1	1	2.1	3	6.3	11	22.9
45 - 54	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	4	8.3
55 A MAS	-	-	1	2.1	4	8.3	-	-	-	-	3	6.3	8	16.7
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25.0	5	10.4	4	4.9	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 30.12

V. de Cramer= .35

T.- TRATAMIENTO

t= Teórica

χ^2 t = 37.65

Covariancia= .13

FAM.- FAMILIARES

Calo= Calculada

gl = 25 p > .05

PROB- PROBLEMAS

ECON- ECONOMICOS

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC- MEDICAMENTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al observar el cuadro sobresale que el 58.3 por ciento se encuentra en la edad comprendida de 15 a 44 años, de todos ellos el 39.3 por ciento abandonaron el tratamiento por problemas de salud, o porque se sintió bien, el 8.4 por ciento refirió otras causas.

En este cuadro la Chi cuadrada calculada fue de 31.12 y la Chi cuadrada de tablas de 37.65, con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .35 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 13 por ciento.

CUADRO 7

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEXO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SENTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MASCULINO	4	8.3	8	16.7	9	18.8	3	6.3	4	8.3	6	12.5	34	70.8
FEMENINO	2	4.2	5	10.4	3	6.3	2	4.2	-	-	2	4.2	14	29.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25.0	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calco= 2.69

V. de Cramer= .24

T.- TRATAMIENTO

t= Teórica

X^2 t = 11.07

Covarianola= .06

FAM- FAMILIARES

Calco= Calculada

gl = 5 p= .05

ECON- ECONOMICOS

PROB- PROBLEMAS

MEDIC- MEDICAMENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

El análisis de este cuadro revela que el 70.8 por ciento del sexo masculino abandona el tratamiento; sobresaliendo como motivos, problemas a su persona ocasionados por el medicamento el 16.7 por ciento, por sentirse bien 18.8 por ciento y por otras causas 12.5 por ciento. En el sexo femenino se obtuvo un 29.2 por ciento de abandono, el 10.4 por ciento corresponde a problemas ocasionados a su persona por el medicamento, por sentirse bien el 6.3 por ciento y otras causas el 4.2 por ciento.

El estudio de estos datos muestra una Chi cuadrada calculada de 2.69 y una Chi cuadrada de tablas de 11 con 5 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .24 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 6 por ciento.

CUADRO 8

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SENTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIN ESCOLARIDAD	1	2.1	1	2.1	3	6.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	9	18.8
PRIMARIA INC.	2	4.2	4	8.3	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	9	18.8
PRIMARIA COMP.	1	2.1	1	2.1	4	8.3	-	-	1	2.1	3	6.3	10	20.8
SECUNDARIA INC.	1	2.1	2	4.2	4	8.3	1	2.1	-	-	-	-	8	16.7
SECUNDARIA COMP.	1	2.1	4	8.3	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	8	16.7
ESTUDIOS POST SECUNDARIOS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 34.00

V. de Cramer= .37

T= TRATAMIENTO

INC= INCOMPLETA

χ^2 t = 37.65

Covarianola= .14

FAM= FAMILIARES

COMP= COMPLETA

gl = 25

p= .05

PROB= PROBLEMAS

ECON= ECONOMICOS

MEDIC= MEDICAMENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

t= Teórica

Calo= Calculada

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el estudio de este cuadro se observa que el 37.6 por ciento esta formado por el grupo sin escolaridad y primaria incompleta, representan el mayor número de abandono del tratamiento, seguido por 33.4 por ciento con secundaria incompleta o completa, el grupo con primaria completa y estudios post secundaria arrojaron 29.1 por ciento observandose un comportamiento similar entre los diferentes grados de escolaridad.

En el estudio de las variables la Chi cuadrada calculada es de 34 y una Chi cuadrada teórica de 37.6 con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05. La V de Cramer fué de .37 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .14 .

CUADRO 9
MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y OCUPACION
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
HOGAR	2	4.2	5	10.4	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	11	22.9
EMPLEADO	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4
DESEMPLEADO	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	1	2.1	5	10.4
OBRERO	3	6.3	3	6.3	6	12.5	-	-	3	6.3	3	6.3	18	37.5
PENSIONADO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
ESTUDIANTE	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2
COMERCIANTE	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	-	-	3	6.3
MENOR	-	-	-	-	-	-	2	4.2	-	-	-	-	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.2	12	25.1	6	10.4	4	4.9	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 40.70

V. de Cramer= .41

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t = 43.70

Covariancia= .16

ECON= ECONOMICOS

t= Teórico

gl = 30 p= .05

PROB= PROBLEMAS

MEDIC= MEDICAMENTO

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Lo más representativo que se observa en el cuadro es que el 37.5 por ciento formado por el grupo de obreras son las que con mayor frecuencia abandonan el tratamiento seguido por las personas que se dedican al hogar con un 22.9 por ciento. Los motivos de abandono referidos por los pacientes son el 27.2 por ciento por que el tratamiento les ocasionó problemas secundarios y el 25.1 por ciento refirió sentirse bien.

Al analizar las variables de ocupación con tiempo de abandono del tratamiento se encontró una Chi cuadrada calculada de 40.70 y una Chi cuadrada teórica de 43.70 con 30 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .41 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada de 16 por ciento.

CUADRO 10

ESTRATO ECONOMICO Y MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SALARIO MINIMO	1	2.1	1	2.1	1	2.1	2	4.2	1	2.1	2	4.2	8	16.7
UN SALARIO MIN.	1	2.1	2	4.2	4	8.3	-	-	-	-	-	-	7	14.6
DOS SALARIOS MIN.	-	-	3	6.3	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	6	12.5
3+ SALARIOS MIN.	2	4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SIN SALARIO FIJO	2	4.2	6	12.5	7	14.6	1	2.1	2	4.2	2	4.2	20	41.7
DEPENDIENTE	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3	5	10.4
T O T A L	8	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

$$X^2_{\text{Calc}} = 40.7$$

$$X^2_{\text{t}} = 37.6$$

$$gl = 25$$

$$V. \text{ de Cramer} = .41$$

$$\text{Covariancia} = .17$$

$$p < .05$$

FAM-FAMILIARES

PROB-PROBLEMAS

ECON-ECONOMICOS

T-TRATAMIENTO

MIN- MINIMO

t= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC-MEDICAMENTOS

Calc= Calculada

El análisis de datos revela que el 68.8 por ciento representa al grupo económicamente débil por percibir menos de un salario mínimo, ser dependiente y sin salario fijo. En este grupo el 33.4 por ciento abandonó el tratamiento por sentirse bien y porque el medicamento le ocasionó problemas, el 14.8 por ciento por otras causas y el 6.3 por ciento por problemas económicos; el 31.3 por ciento representa al grupo que percibe de uno a tres o más salarios mínimos, el 18.8 por ciento lo abandonó por sentirse bien y porque el medicamento le ocasionó problemas, el 6.3 por ciento por problemas económicos y el resto por otras causas.

El estudio del cuadro mostro que la Chi cuadrada calculada es de 40.7 y una Chi cuadrada de tablas de 37.6 con 25 grados de libertad y una significancia menor de .05 por lo que fué diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .41 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 17 por ciento.

CUADRO 11
CONCEPTO DE SALUD Y TIEMPO DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	-	-	2	4.2	4	8.3	3	6.3	22	45.8	31	64.6
CUMPLIR RESP. Y ACT.	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SENSACION BIENESTAR Y ARMONIA CON MED.AMB.	2	4.2	3	6.3	1	2.1	1	2.1	6	12.5	13	27.1
ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 27.98

V. de Cramer= .38

ENF= ENFERMEDAD

l = Teórica

χ^2 l = 28.98

Covariancia= .15

ACT= ACTIVIDADES

Calo= Calculada

gl= 20 p= > .05

M= MESES

RESP= RESPONSABILIDADES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MED.AMB= MEDIO AMBIENTE

Respecto al concepto de salud de la población y el tiempo de abandono del tratamiento, los datos obtenidos en éste cuadro arrojan la siguiente información: Para quien el concepto de salud es ausencia de enfermedad el porcentaje fué de 64.6 por ciento; de ellos el 45.8 por ciento no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento, para otros el concepto de salud fué sensación de armonía con el medio ambiente con 27.1 por ciento de los cuales 12.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono del tratamiento y 6.3 por ciento de uno a tres meses abandonaron el tratamiento, el porcentaje restante se encuentra en las categorías restantes.

El estudio revela una Chi cuadrada calculada de 28 con una Chi cuadrada de tablas de 26.3 con 16 grados de libertad con una significancia menor de .05 siendo diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .38 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 14 por ciento.

CUADRO 12
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	2	4.2	4	8.3	4	8.3	2	4.2	23	47.9	35	72.9
ENFERMEDAD DEL PULMON	-	-	2	4.2	1	2.1	2	4.2	5	10.4	10	20.8
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo = 5.90

V. de Cramer = .25

M=MESES

χ^2 t = 15.50

Covariancia = .06

t = Teórica

gl = 8

p = .05

Calc = Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La relación de este cuadro entre el conocimiento de la enfermedad y el tiempo de abandono del tratamiento es el siguiente:

El 72.9 por ciento sabe que es la tuberculosis pulmonar el 47.9 por ciento refiere no recordar el tiempo de abandono por otra parte el 20.8 por ciento sabe que su enfermedad es del Pulmón y de éstos el 10.4 por ciento dice no recordar el tiempo de abandono del tratamiento.

En el análisis de datos encontramos una Chi cuadrada calculada de 5.9 con una Chi cuadrada teórica de 15.5 y 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .25 con una correlación positiva débil y una covariancia de .06.

CUADRO 13
MOTIVO DE ABANDONO Y CONCEPTO DE SALUD DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENFERMEDAD O SINTOMAS	2	4.2	8	16.7	8	16.7	5	10.4	3	6.3	5	10.4	31	64.6
CUMPLIR RESP Y ACTIVIDADES	1	2	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	2	4.2
SENSACION DE BIENES Y ARM CON EL MED AMB	3	6.3	5	10.4	2	4.2	-	-	1	2.1	2	4.2	13	27
ARM ENTRE EL BIEN Y EL MAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Gato = 17.61

V. de Cramer = .30

χ^2 1. = 31.41

Covarianola = .09

gl = 20 p → .05

MED-MEDIO

ARM-ARMONIA

RESP-RESPONSABILIDAD

CONOC-CONOCIMIENTO

BIESEB-BIENESTAR

FAM-FAMILIARES

AMB-AMBIENTE

MEDIC-MEDICAMENTO

ECON-ECONOMICO

PROB-PROBLEMAS

PROB-PROBLEMA

T-TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el análisis de este cuadro el 64.6 por ciento de la población da un concepto de salud como ausencia de enfermedad o síntomas. De estos el 16.7 por ciento abandona el tratamiento por ocasionarle problemas, otro 16.7 por ciento refiere que lo abandonó por sentirse bien y un 10.4 por ciento por falta de medicamento.

Al estudiar las variables de motivos de abandono y concepto de salud, tenemos una Chi cuadrada calculada de 17.61 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, la significancia mayor a .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .30 sin correlación y una variación explicada de 9 por ciento.

CUADRO 14

MOTIVO DE ABANDONO Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	5	10.4	8	16.7	10	20.8	3	6.3	3	6.3	6	12.5	35	72.9
ENFERMEDAD DEL PULMON	1	2.1	4	8.3	2	4.2	1	2.1	1	2.1	1	2.1	10	20.8
NO SABE	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo = 5.12

V. de Gramer = .23

CONOC-CONOCIMIENTO ENF-ENFERMEDAD

χ^2 t = 18.30

Covariancia = .23

MEDIC-MEDICAMENTO

FAM-FAMILIARES

gl = 10

p = .05

PROB-PROBLEMAS

ECON-ECONOMICOS

T- TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

t = Teórica

Calo = Calculada

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En este cuadro se observa que el 72.9 por ciento de la población tiene conocimiento de la enfermedad, sin embargo el motivo de abandono del tratamiento fué el siguiente: El 20.8 por ciento porque se sintió bien, el 16.7 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas a su persona, el 12.5 por ciento por otras causas y el 10.4 por ciento por problemas económicos.

En el análisis de datos se encontró una Chi cuadrada calculada de 5.12 y una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Gramer fué de .23 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 23 por ciento.

CUADRO 15

TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO Y SUSCEPTIBILIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONTINUAR IGUAL	-	-	3	8.3	1	2.1	-	-	2	4.2	6	12.5
AGRAVARSE	2	4.2	3	8.3	3	8.3	4	8.3	18	37.5	30	62.5
MORIR	-	-	-	-	1	2.1	-	-	3	6.3	4	8.3
NO SUCEDE NADA	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	3	6.3	5	10.4
NO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3	3	6.3
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo = 13.26

V. de Cramer = .26

t = Teórica

χ^2 t = 26.29

Covariancia = .07

Calo = Calculada

gl = 16 p > .05

M = MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Relacionando la susceptibilidad con el tiempo de abandono se encontró que el 60.5 por ciento se agravó, de estos no recuerda el tiempo de abandono el 37.5 por ciento, el 8.3 por ciento lo abandono entre siete y doce meses, entre uno y seis meses el 12.6 por ciento, el 16.7 por ciento refiere que no le sucedió nada, de estos el 12.6 por ciento no recuerda el tiempo de abandono y el 12.5 por ciento respondió haber continuado igual.

En el estudio de las variables de susceptibilidad con el tiempo de abandono se encontró una Chi cuadrada calculada de 13.25 y una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .26 con una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 16
MOTIVOS DE ABANDONO Y SUSCEPTIBILIDAD DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD CONSEC. FAMILIAR														
CONTINUAR IGUAL	1	2.1	3	6.3	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	8	12.5
AGRAVARSE	4	8.3	8	16.7	8	16.7	2	4.2	3	6.3	5	10.4	30	62.5
MORIR	1	2.1	2	4.2	1	2.1	-	-	-	-	-	-	4	8.3
NO SUCEDE NADA	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	-	-	2	4.2	5	10.4
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	3	6.3
T O T A L	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo= 20.0

V. de Cramer= .32

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

X t = 31.4

Covariancia= .10

ECON= ECONOMICOS

t= Teórica

gl = 20 p= .05

PROB= PROBLEMAS

MEDIC= MEDICAMENTO

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el análisis de este cuadro encontramos que el 62.5 por ciento de la población opina que puede agravarse, de estos el 16.7 por ciento abandonó el tratamiento por ocasionarle problemas, con el mismo comportamiento está el que se sintió bien con 16.7 por ciento, le sigue por otras causas 10.4 por ciento y un 8.3 por problemas familiares.

Por otro lado está un 25 por ciento donde se encuentran los que opinan por morir, no sucede nada y no sabe. En este estudio la Chi cuadrada calculada fué de 20.0 y una Chi cuadrada de tablas con 31.4. Los grados de libertad fueron 20 y una significancia mayor a .05 fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 10 por ciento.

CUADRO 17

TIEMPO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD CONSECUENCIAS FAMILIARES												
PUEDA ENFERMAR DE TUBERCULOSIS	2	4.2	4	8.9	4	8.9	3	8.3	18	37.5	31	64.8
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	7	14.6	9	18.8
NO SUCEDE NADA	-	-	2	4.2	1	2.1	1	2.1	4	8.3	8	16.7
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 3.44 V. de Cramer= .19 t= Teórica

χ^2 t = 15.50 Covariancia= .03 Calc= Calculada

gl= 8 p= > .05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al correlacionar las variables de tiempo de abandono y la severidad del daño se encontró que el 64.6 por ciento sabe que puede infectar a otros por abandonar el tratamiento sin embargo de éstos el 37.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono y el 16.3 por ciento lo abandonó entre uno y seis meses, por otro lado el 35.5 por ciento que no sabe o piensa que no sucede nada, el 22.9 no recuerda el tiempo de abandono.

Al analizar las variables se encontró una Chi cuadrada calculada de 3.44 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .19 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 3 por ciento.

CUADRO 18

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD (CONSECUENCIAS EN FAMILIA)														
PUEDE ENFERMAR DE TUBERCULOSIS	5	10.4	9	18.8	9	18.8	2	4.2	3	6.3	3	6.3	31	64.6
NO SABE	-	-	2	4.2	2	4.2	1	2.1	1	2.1	3	6.3	9	18.8
NO SUCEDE NADA	1	2.1	2	4.2	1	2.1	2	4.2	-	-	2	4.2	8	16.7
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 8.0

V. de Cramer= .29

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 18.3

Covariancia= .08

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 10

p> .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el estudio de éstos datos encontramos que un 64.6 por ciento opinaron que pueden enfermar de tuberculosis. Los motivos por el que abandonaron el tratamiento fueron: 37.6 por ciento opina que el tratamiento le ocasionó problemas y por sentirse bien, le sigue un 10.4 por ciento por tener problemas económicos. En el grupo que opinó que conoce que puede enfermar si abandona el tratamiento, se encuentra el 18.8 por ciento, los que dicen que no sucedería nada está el 16.7 por ciento.

La Chi cuadrada calculada es de 8 con una Chi cuadrada teórica de 18.3. Los grados de libertad fueron 10 y una significancia mayor a .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .29 y una variación explicada de 8 por ciento.

CUADRO 19
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	* 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PROBLEMAS PARA TOLERAR MED.	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD	1	2.1	2	4.2	3	6.3	4	8.3	16	33.3	26	54.2
ENFERMEDADES AGREGADAS	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3
NO SABE	1	2.1	3	6.3	2	4.2	-	-	7	14.6	13	27.1
NINGUNO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	4	8.3	5	10.4
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 14.0 V. de Cramer= .27 I= Teórica
 $\chi^2_t = 26.29$ Covariancia= .07 Calc= Calculada

gl= 16 p= > .05 M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MED= MEDICAMENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En este cuadro se observa que el 54.2 por ciento tuvo complicaciones con la enfermedad y de estos el 33.3 por ciento refiere haber abandonado el tratamiento sin recordar el tiempo, el 37.5 que no sabe o no tuvo complicaciones, el 22.9 tampoco recuerda el tiempo de abandono.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 14.0 y una chi cuadrada teórica de 26.2 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .27 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 7 por ciento.

CUADRO 20

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEVERIDAD (DAÑOS POR ABANDONO)														
PROBLEMAS PARA TOLERAR MED.	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
COMPLICACIONES DE LA ENF.	4	8.8	8	16.7	5	10.4	2	4.2	2	4.2	5	10.4	28	54.2
ENFERMEDADES AGREGADAS	-	-	-	-	2	4.2	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
NO SABE	1	2.1	3	6.3	4	8.3	2	4.2	1	2.1	2	4.2	13	27.1
NINGUNO	1	2.1	1	2.1	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	5	10.4
T O T A L	8	12.5	18	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo= 11.25

V. de Cramer= .24

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

X 0.05= 31.41

Covariancia= .05

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 20

p= .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

ENF= ENFERMEDAD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En el 100 por ciento de la población estudiada se encontró que el 54.2 por ciento tuvo complicaciones con la enfermedad, de éstos el 16.7 por ciento el tratamiento le ocasionó problemas, el 20.8 por ciento porque se sintió bien y por otras causas. El 16.7 por ciento lo abandonó también por problemas económicos, por falta de medicamento o por problemas familiares. En los que opinaron que no sabe o no tiene ningún motivo se encuentra el 37.5 por ciento.

La Chi cuadrada calculada es de 11.2 y una Chi cuadrada de tablas de 31.4. Los grados de libertad son 20 y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .24 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 5 por ciento.

CUADRO 21
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEVERIDAD
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MORTAL	1	2.1	1	2.1	3	6.3	-	-	7	14.6	12	25.0
GRAVE	1	2.1	4	8.3	2	4.2	4	8.3	17	35.4	28	58.3
SIN SERIEDAD	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	5	10.4	8	16.7
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	6	60.4	48	100

χ^2 Calo = 6.79 V. de Cramer = .26 t = Teórica
 χ^2 t = 15.50 Covariancia = .07 Calc = Calculada
 gl = 8 p = > .05 M = MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Lo más representativo de este cuadro al relacionar el tiempo de abandono con los daños ocasionados por este se encontró que el 58.3 por ciento refiere que sería grave, y un 25 por ciento que sería mortal, sin embargo el 50 por ciento de éstos no recuerda el tiempo que abandonó el tratamiento.

En el análisis de los datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 6.79 y una Chi cuadrada de tablas de 15.5 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .26 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 22

MOTIVO DE ABANDONO Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO SEVERIDAD DE LOS DAÑOS	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MORTAL	3	6.3	2	4.2	2	4.2	-	-	3	6.3	2	4.2	12	25
GRAVE	3	6.3	11	22.9	8	16.7	2	4.2	-	-	4	8.3	28	58.3
SIN SEVERIDAD	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3	1	2.1	2	4.2	8	16.7
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.5	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 21.33 V. de Cramere= .47

X^2 t= 18.30 Covariancia= .2

gl = 10 p < .05

FAM= FAMILIAR

T= TRATAMIENTO

ECON= ECONOMICOS

MEDIC= MEDICAMENTO

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En el estudio de este cuadro se encontró que el 58.3 por ciento opina que la enfermedad puede ser mortal, de el 22.9 por ciento el abandono se debió a que el tratamiento le ocasionó problemas, 16.7 porque se sintió bien, el 14.6 por ciento abandona el tratamiento por problemas económicos y por otras causas. Por otro lado el 25 por ciento opina que la enfermedad puede ser mortal de éstos el 12.6 por ciento refiere que abandonó el tratamiento por problemas económicos y por problemas familiares, el resto el tratamiento le ocasionó problemas y otras causas.

La Chi cuadrada calculada es de 21.33, la Chi cuadrada teórica es de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia menor de .05 por lo que fué diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .47 con una correlación positiva débil y una variación explicada del dos por ciento.

CUADRO 23
TIEPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y BENEFICIOS POR
REINICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	> 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SE ALIVIARIA	2	4.2	4	8.3	6	12.5	4	8.3	22	45.8	38	79.2
PODRIA TRABAJAR	-	-	1	2.1	-	-	-	-	3	6.3	4	8.3
SE ALIVIARIA Y PODRIA TRABAJAR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NO SABE	-	-	1	2.1	-	-	-	-	2	4.2	3	6.3
NINGUNO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo = 6.96 V. de Cramer = .19 t = Teórica
 χ^2_t = 26.29 Covariancia = .04 Calc. Calculada
 gl = 16 p = > .05 M = MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Lo más relevante en estos datos al relacionar las variables de tiempo de abandono del tratamiento con beneficios por reiniciar el tratamiento se encontró que un 79.2 por ciento refiere que se aliviaría, sin embargo de éstos el 45.8 por ciento abandona el tratamiento sin recordar el tiempo de abandono.

Encontrando una Chi cuadrada calculada de 6.96 y una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .19 con una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

CUADRO 24
MOTIVO DE ABANDONO Y BENEFICIOS PERCIBIDOS POR REINICIAR
EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES
DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BENEFICIOS POR RE- INICIAR TRATAMIENTO														
SE ALIVIARIA	4	8.3	11	22.9	11	22.9	5	10.4	2	4.2	5	10.4	38	79.2
PODRIA TRABAJAR	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	4	8.3
SE ALIVIARIA Y TRABAJARIA	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	3	6.3
NINGUNO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 20.37

V. de Cramer= .32

T= TRATAMIENTO

FAM FAMILIARES

X^2 t = 31.41

Covariancia= .11

PROB-PROBLEMA

t= Teórica

gl = 20 p= >.05

ECON= ECONOMICOS

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Relacionando los beneficios percibidos por reiniciar el tratamiento con los motivos de abandono se encontró que el 79.2 por ciento refirió que se aliviaría, sin embargo el 27.1 por ciento abandona el tratamiento porque éste le causó problemas secundarios y el 25 por ciento por sentirse bien.

En el análisis de datos se encontró una Chi cuadrada calculada de 20.37 y una Chi cuadrada de tablas de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 11 por ciento.

CUADRO 25
TIEMPO DE ABANDONO DEL Y BENEFICIOS POR TERMINAR
EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	• 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SE ALIVIARIA	2	4.2	4	8.3	6	12.5	3	6.3	20	41.7	35	72.9
PODRIA TRABAJAR	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	3	6.3	6	12.5
SE ALIVIARIA Y PODRIA TRABAJAR	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3	3	6.3
NO SABE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
NINGUNO	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 9.70 V. de Cramer= .22 M= MESES
 χ^2 t= 26.29 Covariancia= .05 t= Teórica
gl= 16 p= > .05 Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En este cuadro al relacionar el tiempo de abandono y beneficios por terminar el tratamiento se observa que el 91.7 por ciento opinó que se aliviaría y podría trabajar, por otra parte el 60.4 por ciento abandona el tratamiento sin especificar por cuanto tiempo, el 14.6 lo abandonó entre uno y tres meses, el 12.5 por ciento entre cuatro y seis meses.

Se encontró una Chi cuadrada calculada de 9.70 y una Chi cuadrada de tablas de 26.29 con 16 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .22 con una correlación positiva débil y una covariancia de .05.

CUADRO 26

MOTIVOS DE ABANDONO Y BENEFICIOS POR TERMINAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BENEFICIOS POR TERMINAR TRATAMIENTO														
SE ALIVIARIA	4	8.3	8	16.7	11	22.9	5	10.4	2	4.2	5	10.4	35	72.9
PODRIA TRABAJAR	1	2.1	3	6.3	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	6	12.5
SE ALIVIARIA Y TRABAJARIA	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6.3
NO SABE	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
NINGUNO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X Calo = 20.21 V. de Cramer = .32

X 0.05 = 31.41 Covariancia = .11

gl = 20 p = .05

FAM = FAMILIARES

PROB = PROBLEMAS

ECON = ECONOMICOS

T = TRATAMIENTO

t = teórica

Calo = Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC = MEDICAMENTO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar los datos arrojados en este cuadro entre las variables de los motivos de abandono y beneficios percibidos por terminar el tratamiento se encontró que un 91.7 por ciento opina que se aliviaría y podría trabajar, de éstos el 27.1 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le causó efectos secundarios, el 25 por ciento porque se sintió bien, el 16.7 por ciento por causas diferentes y un 10.4 por ciento por falta de medicamentos.

La Chi cuadrada calculada es de 20.21, la Chi cuadrada de tablas es de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .32 con una correlación positiva débil y una variación explicada del 11 por ciento.

CUADRO 27

**TIEMPO DE ABANDONO Y BARRERAS PARA LLEVAR EL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES
DE GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BARRERAS PARA LLEVAR EL TRATAMIENTO												
HORARIO INADECUADO DEL SERVICIO DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
DIFICULTAD DE TRASLADO DEL SERVICIO DE SALUD	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
FALTA DE MEDICAMENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.2	2	4.2
ATENCION NO SATISF. POR PERSONAL DE SALUD	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	1	2.1	3	6.3
PROB. ECONOMICOS	1	2.1	3	6.3	1	2.1	-	-	2	4.2	7	14.6
NINGUNA DIFICULTAD	-	-	2	4.2	2	4.2	3	6.3	23	47.9	30	62.5
PROB. ECON. Y FAM.	1	2.1	1	2.1	2	4.2	-	-	-	-	4	8.3
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

$\chi^2_{\text{Calc}} = 35.85$

V. de Cramer = .43

FAM=FAMILIARES

M-MESES

$\chi^2_t = 36.41$

Covariancia = .19

PROB-PROBLEMAS

t= Teórica

gl= 24

p= > .05

ECON-ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

SATIS-SATISFACTORIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al relacionar las variables de tiempo de abandono con las barreras encontradas por los pacientes tuberculosos para llevar su tratamiento, se encontró que el 62.5 por ciento no tuvo ninguna dificultad, sin embargo el 47.9 por ciento lo abandonó sin recordar el tiempo de abandono, el 22.9 lo abandonó por problemas económicos y familiares de éstos el 10.4 por ciento lo abandona entre uno y tres meses, y de cuatro a seis meses el 6.3 por ciento.

Encontrando en los datos estadísticos una Chi cuadrada calculada de, 33.85 y una Chi cuadrada de tablas de 36.41 con 24 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .43 con una correlación positiva débil y una variancia explicada de 19 por ciento.

CUADRO 28

MOTIVO DE ABANDONO Y BARRERAS PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
DIFICULTAD PARA LLEVAR TRATAM.														
HORARIO INACCESIBLE SERVICIOS DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
DIF. PARA TRASLADO A SERVICIO DE SALUD	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
FALTA MEDICAMENTO	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1	2	4.2
ATENCIÓN NO SATISFACTORIA POR PERS. DE S.	-	-	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	3	6.3
PROB. ECONOMICOS	3	6.3	2	4.2	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	7	14.6
NINGUNA DIFICULTAD	2	4.2	11	22.9	7	14.6	3	6.3	1	2.1	6	12.5	30	62.5
PROB. ECON. Y FAM.	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	1	2.1	-	-	4	8.3
T O T A L	6	12.6	13	27.1	12	25.0	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

 χ^2 Calo = 41.38

V. de Cramer = .41

FAM = FAMILIARES

T = TRATAMIENTO

 χ^2 t = 43.77

Covariancia = .17

PROB = PROBLEMAS

DIF = DIFICULTAD

gl = 30

p > .05

ECON = ECONOMICOS

t = Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC = MEDICAMENTO

Calo = Calculada

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar los datos de este cuadro se encontró que del 100 por ciento de los pacientes que abandonaron el tratamiento el 62.5 por ciento no tuvo ninguna dificultad para llevar a cabo su tratamiento y el 14.6 por ciento por problemas económicos sin embargo el 27.1 por ciento lo abandono por que el tratamiento le ocasiono problemas secundarios, el 25 por ciento porque se sintió bien el 22.9 por ciento por problemas económicos y falta de medicamento y el 16.7 abandono el tratamiento por otras causas.

En los datos estadísticos encontramos una Chi cuadrada calculada de 41.38 y una Chi cuadrada de tablas de 43.77 con 30 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .41 con una correlación positiva débil y una covariancia de .17.

CUADRO 29
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y BARRERAS
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO T. OCASIONO PROB. A SU PERSONA	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	1	2.1	3	8.3	2	4.2	2	4.2	6	12.5	14	29.2
NO	1	2.1	4	8.3	4	8.3	2	4.2	23	47.9	34	70.8
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo = 28.46

V. de Cramer = .38

M = MESES

χ^2 t = 31.41

Covariancia = .15

t = Teórica

gl = 20

p = > .05

Calo = Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos encontrados en este cuadro respecto al tiempo de abandono y problemas secundarios causados por el tratamiento se encontró que el 70.8 por ciento dijo no haber tenido ningun problema, sin embargo el 47.9 por ciento de ellos abandona el tratamiento sin recordar el tiempo de abandono, el 16.6 por ciento refirió haber abandonado el tratamiento entre uno y seis meses.

Los datos estadísticos en este cuadro nos muestran una Chi cuadrada calculada de 2.95 y una Chi cuadrada teórica de 9.48 con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .25 con una correlación positiva débil y una variación de .06.

CUADRO 30

**MOTIVO DE ABANDONO Y BARRERAS DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	1	2.1	7	14.6	3	6.3	1	2.1	1	2.1	1	2.1	14	29.2
NO	5	10.4	6	12.6	9	18.8	4	8.3	3	6.3	7	14.6	34	70.8
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calc= 6.00

V. de Cramer= .34

PROB=PROBLEMAS

T=TRATAMIENTO

χ^2 t = 11.07

Covariancia= .12

FAM=FAMILIARES

t= Teórica

gl = 5 p→ .05

ECON=ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC=MEDICAMENTOS

Al relacionar los datos entre los motivos de abandono y daños secundarios causados por el tratamiento se encontró que el 70.8 por ciento no tuvo problemas por otro lado los motivos de abandono fueron 27.1 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas secundarios, el 25 por ciento dijo haberse sentido bien, el 16.7 por otras causas; el 12.5 por ciento por problemas económicos y el 10.4 por ciento por falta de medicamento.

En los datos estadísticos encontramos una Chi cuadrada calculada de 6.0 una Chi cuadrada teórica de 11.07 con 5 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .34 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 12 por ciento.

CUADRO 31
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA
DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO INTENTO POR REINICIAR TRATAMIENTO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
S I	2	4.2	3	6.3	5	10.4	1	2.1	16	33.3	27	56.3
N O	-	-	2	4.2	-	-	3	6.3	3	6.3	8	16.7
N O LO NECESITO	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	10	20.8	13	27.1
T O T A L	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calc= 15.64 V. de Cramer= .40 M= MESES
 χ^2 t= 15.50 Covariancia= .16 t= Teórica
 gl= 8 p= < .05 Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al revisar los datos arrojados en este cuadro se encontró que el 56.3 por ciento de la población intentó reiniciar el tratamiento y el 27.1 por ciento argumentó no necesitarlo, entre el primer y segundo grupo el 54.1 por ciento no recuerda el tiempo de abandono.

En los datos estadísticos tenemos una Chi cuadrada calculada de 15.64 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia menor de .05 siendo diferente lo obtenido con lo encontrado. La V de Cramer fue de .40 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 16 por ciento.

CUADRO 32

**MOTIVO DE ABANDONO Y AUTOEFICIENCIA DE PACIENTES
QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTIRUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
INTENTO POR REINICIAR TRATAMIENTO														
SI	5	10.4	7	14.6	7	14.6	5	10.4	2	4.2	1	2.1	27	56.3
NO	1	2.1	3	6.3	2	4.2	-	-	1	2.1	1	2.1	8	16.7
NO LO NECESITO	-	-	3	6.3	3	6.3	-	-	1	2.1	6	12.5	13	27.1
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	6	12.5	48	100

χ^2 Calc = 16.52

V. de Cramer = .41

FAN-FAMILIARES

t = Teórica

χ^2 t = 18.30

Covariancia = .17

PROB-PROBLEMAS

Calc = Calculada

gl = 10 p > .05

ECON-ECONOMICOS

T-TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC-MEDICAMENTOS

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos más relevantes arrojados en este cuadro entre las variables de motivos de abandono y el intento por reiniciar el tratamiento se encontró que el 56.3 por ciento dijo haberlo reiniciado sin embargo el 14.6 por ciento abandonó el tratamiento por haberse sentido bien, otro 14.6 por ciento porque el tratamiento le causó problemas secundarios, el 20.8 por problemas económicos y falta de medicamentos, el 43.8 por ciento declaró no necesitar el medicamento.

Los datos estadísticos nos muestran una Chi cuadrada calculada de 16.52, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .41 con una correlación positiva débil y una covariancia de .17.

CUADRO 33
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	2	4.2	4	8.3	3	6.3	2	4.2	19	39.8	30	62.5
NO TENDRIA EXITO	-	-	-	-	-	-	1	2.1	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	3	6.3	3	6.3	1	2.1	10	20.8	17	36.4
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.6	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 13.08

V. de Cramer= .37

M= MESES

χ^2 t= 15.50

Covariancia= .14

t= Teórica

gl= 8

p= > .05

Calo= Caloulada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos relevantes al relacionar la autoeficacia con el tiempo de abandono se encontró que el 62.5 por ciento expresó que tendría éxito al reiniciar el tratamiento, por otro lado el 35.4 por ciento duda tener éxito de reiniciar el tratamiento, entre éstos dos grupos el 60.4 por ciento abandonó el tratamiento sin recordar el tiempo.

Los datos estadísticos nos muestran una Chi cuadrada calculada de 13.08 y una Chi cuadrada teórica de 15.50 con ocho grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo lo obtenido igual a lo esperado. La V de Cramer fué de .37 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 14 por ciento.

CUADRO 34

**MOTIVOS DE ABANDONO Y AUTOEFICACIA DE PACIENTES
QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.**

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. T. OCASIONO		SE SINTIO		FALTA DE		PROB. OTRAS		TOTAL					
	ECON. PROBLEMAS		BIEN		MEDIC		FAM. CAUSAS							
RESULTADO POR RE- INICIAR TRATAMIENTO	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	6	12.6	10	20.8	7	14.6	3	6.3	1	2.1	3	6.3	30	62.5
NO TENDRIA EXITO	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NO SABE	-	-	3	6.3	4	8.3	2	4.2	3	6.3	5	10.4	17	35.4
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo = 12.68 V. de Cramer = .36 PROB = PROBLEMAS t = Teoría
 χ^2 t = 18.30 Covariancia = .13 FAM = FAMILIARES Calc = Calculada
 gl = 10 p > .05 ECON = ECONOMICOS T = TRATAMIENTO

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO MEDIC = MEDICAMENTOS

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El análisis de los datos encontrados al relacionar los motivos de abandono con los resultados por reiniciar el tratamiento el 62.5 por ciento dijo tendría éxito sin embargo el 20.8 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le ocasionó problemas secundarios y el 14.6 porque se sintió bien, por otro lado el 35.4 dijo desconocer los resultados si reiniciara el tratamiento.

El análisis estadístico nos muestra una Chi cuadrada calculada de 12.68 y una Chi cuadrada de tablas de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .36 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO 35
TIEMPO DE ABANDONO Y PERSONA QUE LO ORIENTO SOBRE SU
TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	> 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MEDICO	2	4.2	7	14.6	5	10.4	4	8.3	26	54.2	44	91.7
ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
PROMOTOR DE SALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
FAMILIAR	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
NINGUNA PERSONA	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	1	2.1
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 9.12

V. de Cramer= .22

t= Teórica

χ^2 t= 26.29

Covariancia= .04

Calo= Calculada

gl= 16 p= > .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El análisis de los datos en cuanto al tiempo de abandono y personal que lo orientó sobre su tratamiento es el siguiente: El 91.7 por ciento refiere que fué el médico, de éstos el 54.2 por ciento no recuerda el tiempo en el que abandonó el tratamiento, el 15 por ciento está entre uno y seis meses, el 8.3 por ciento entre siete y doce meses y el 4.2 por ciento más de 30 días.

Los resultados estadísticos son: Una Chi cuadrada calculada de 9.12, una Chi cuadrada teórica de 26.29 con 16 grados de libertad siendo mayor la significancia a .05, por lo tanto es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .22 con una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

CUADRO 36

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEÑALES DE ACCION EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ORIENTO SOBRE ENFERMEDAD Y T.														
MEDICO	6	12.5	11	22.9	11	22.9	5	10.4	4	8.3	7	14.6	44	91.7
ENFERMERIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1
PROMOTOR DE SALUD	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
FAMILIAR	-	-	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1
NINGUNA PERSONA	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.1
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calc= 13.58

V. de Cramer= .27

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 31.41

Covariancia= .07

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 20

p= .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTOS

Al relacionar los motivos de abandono con la orientación que recibió el paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, encontramos que el 91.7 por ciento lo orientó el médico; de éstos el 22.9 por ciento abandonó el tratamiento porque le ocasionó problemas, el 12.5 por ciento por problemas económicos, el 10.4 por ciento lo abandonó por falta de medicamento y el 14.6 por ciento por otras causas.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 13.58 y una Chi cuadrada de tablas de 31.41 con 20 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .27 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

CUADRO 37

TIEMPO DE ABANDONO Y FRECUENCIA DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ENTRE 8 - 15 DIAS	-	-	3	8.3	-	-	-	-	4	8.3	7	14.6
CADA MES	-	-	-	-	-	-	1	2.1	1	2.1	2	4.2
CADA 3 MESES	1	2.1	1	2.1	-	-	-	-	4	8.3	6	12.5
DOS VECES AL AÑO	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	-	-	3	6.3
UNA VEZ AL AÑO	-	-	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	3	6.3
NUNCA	1	2.1	2	4.2	4	8.3	1	2.1	19	39.6	27	56.3
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 34.37

V. de Cramer= .42

t= Teórica

χ^2 t= 31.41

Covariancia= .18

Calc= Calculada

gl= 20 p = .05

M= MESES

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De los datos de este cuadro se pueden separar dos grupos. Uno que sí se le visitó y otro que nunca se le visitó. De los primeros tenemos que 43.9 por ciento tuvieron visita por el personal de salud, en cuanto al tiempo de abandono están 20.8 por ciento que no recuerdan el tiempo, 10.5 por ciento entre uno a tres meses y de cuatro hasta doce meses el 10.5 por ciento. A los que no se les visitó son 56.3 por ciento con un 39.6 por ciento que no lo recuerda y un 16.7 por ciento que va desde más de 30 días hasta doce meses.

El análisis estadístico es de una Chi cuadrada calculada de 34.37 y una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad siendo la significancia igual al .05, por lo tanto fué diferente lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .42 con una correlación positiva débil y una covariancia de .18.

CUADRO 38

MOTIVOS DE ABANDONO Y FRECUENCIA DE VISITA DEL PERSONAL DE SALUD A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SEGUIMIENTO EN DOMICILIO														
ENTRE 8-15 DIAS	-	-	3	6.3	1	2.1	-	-	1	2.1	2	4.2	7	14.6
CADA MES	-	-	1	2.1	-	-	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2
CADA 3 MESES	3	6.3	-	-	-	-	-	-	1	2.1	2	4.2	6	12.5
DOS VECES AL AÑO	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	3	6.3
UNA VEZ AL AÑO	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	-	-	-	-	3	6.3
NUNCA	1	2.1	9	18.8	7	14.6	5	10.4	2	4.2	3	6.3	27	56.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calc= 32.60

V. de Cramer= .37

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 37.65

Covariancia= .18

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 25 p= .05

ECON= ECONOMICOS

Calc= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

La relación de las variables entre los motivos de abandono y el seguimiento de los pacientes nos revelan que el 56.3 por ciento nunca recibió una visita del personal de salud, de éstos el 18.8 por ciento abandonó el tratamiento por problemas con el mismo; el 14.6 por ciento porque se sintió bien y el 10.4 por ciento por falta de medicamentos, del 14.6 por ciento que recibieron visita domiciliaria entre ocho y quince días el 6.3 por ciento lo abandonó porque el tratamiento le causó problemas y el 4.2 por ciento por otras causas.

El análisis estadístico nos arroja una Chi cuadrada calculada de 32.60, una Chi cuadrada de tablas de 37.65 con 25 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .37 y una variación explicada de 13 por ciento.

CUADRO 39
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO
EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	1	2.1	2	4.2	2	4.2	3	6.3	11	22.9	19	38.6
NO	1	2.1	5	10.4	4	8.3	1	2.1	18	37.5	29	60.4
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 2.67 V. de Cramer= .24 M= MESES

χ^2 t= 9.48 Covariancia= .06 t= Teórica

gl= 4 p= > .05 Calo= Caloulada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar los datos que arrojaron este cuadro encontramos que de la población estudiada al 60.4 por ciento no se hizo seguimiento domiciliario, de éste el 37.5 por ciento no recuerda el tiempo de abandono.

El análisis estadístico presenta una Chi cuadrada calculada de 2.67 y una Chi cuadrada de tablas de 9.48, con 4 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer Cramer fué de .24 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 6 por ciento.

CUADRO 40

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PERSONAL SALUD VISITO DOMICILIO														
SI	5	10.4	3	6.3	6	10.4	-	-	1	2.1	5	10.4	19	39.6
NO	1	2.1	10	20.8	7	14.6	5	10.4	3	6.3	3	6.3	29	60.4
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

X^2 Calo= 11.69

V. de Cramer= .49

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

X^2 t= 11.07

Covariancia= .24

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 5 p< .05

ECON= ECONOMICOS

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

De los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso el 60.4 por ciento no tubo seguimiento en su domicilio de estos el 20.8 por ciento lo abandonó por problemas con el medicamento el 14.6 por que se sintió bien y el 10.4 por ciento por falta de medicamento.

Los datos estadísticos nos revelan una Chi cuadrada calculada de 11.69 una Chi cuadrada teórica de 11.07 con 5 grados de libertad y una significancia menor de .05 siendo igual con lo obtenido con lo esperado. La V de cramer fue de .49 con una correlación positiva débil y una variación explicada de 24 por ciento.

CUADRO 41
TIEMPO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y APOYO FAMILIAR
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS
EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

TIEMPO DE ABANDONO	+ 30 DIAS		1 - 3 M		4 - 6 M		7 - 12 M		NO RECUERDA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIEMPRE	1	2.1	8	12.5	5	10.4	4	8.9	29	47.9	39	81.3
ALGUNAS VECES	-	-	-	-	-	-	-	-	5	10.4	5	10.4
NUNCA	1	2.1	1	2.1	1	2.1	-	-	1	2.1	4	8.8
TOTAL	2	4.2	7	14.6	6	12.5	4	8.3	29	60.4	48	100

χ^2 Calo= 9.85

V. de Cramer= .32

M= MESES

χ^2 t= 15.50

Covariancia= .10

t= Teórica

gl= 8

p > .05

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Lo relevante de este cuadro al relacionar el apoyo familiar con el tiempo de abandono donde se encontró que el 81.3 por ciento de la población recibe apoyo familiar sin embargo el 47.9 por ciento de estos no recuerda tiempo de abandono, 10.4 por ciento algunas veces recibe apoyo familiar, el mismo porcentaje no recuerda el tiempo de abandono.

En el análisis de datos se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 9.85 por ciento y una Chi cuadrada de tablas de 15.50 con 8 grados de libertad y una significancia mayor de .05 por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .32 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .10.

CUADRO 42

MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO Y APOYO FAMILIAR DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EN GPE., APODACA Y JUAREZ N.L.

MOTIVO DE ABANDONO	PROB. ECON.		T. OCASIONO PROBLEMAS		SE SINTIO BIEN		FALTA DE MEDIC		PROB. FAM.		OTRAS CAUSAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SIEMPRE	6	10.4	13	27.1	9	18.8	4	8.3	2	4.2	6	12.5	38	81.3
ALGUNAS VECES	-	-	-	-	2	4.2	1	2.1	-	-	2	4.2	5	10.4
NUNCA	1	2.1	-	-	1	2.1	-	-	2	4.2	-	-	4	8.3
TOTAL	6	12.5	13	27.1	12	25	5	10.4	4	8.3	8	16.7	48	100

χ^2 Calo= 17.06

V. de Cramer= .42

FAM= FAMILIARES

T= TRATAMIENTO

χ^2 t= 18.30

Covarianola= .18

PROB= PROBLEMAS

t= Teórica

gl = 10 p→ .05

ECON= ECONOMICOS

Calo= Calculada

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

MEDIC= MEDICAMENTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De los pacientes encuestados y que siempre reciben apoyo familiar el 81.3 por ciento abandonó el tratamiento, el 27.1 por ciento porque el tratamiento le ocasionó problemas, el 18.8 porque se sintió bien y el 12.5 por ciento por otras causas.

Los datos estadísticos nos revelan una Chi cuadrada calculada de 17.06, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia mayor de .05 siendo igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .42 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada de 18 por ciento.

5.2 Comprobación de Hipótesis

De las correlaciones mostradas anteriormente se presentan aquellas que están asociadas directamente con las hipótesis del estudio y que permiten tomar decisiones; por lo que se presentan en forma inductiva.

Ho₁ Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico no están asociadas con el abandono del tratamiento.

Hi₁ Los factores sociales como las características demográficas de edad, sexo, escolaridad, ocupación y estrato económico ~~están asociadas con el abandono del tratamiento.~~

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_T	P=.5	V.de Cramer	Decisión
Edad y tiempo de abandono de tratamiento	28.46	31.41	>.05	.38	Se acepta Ho
Sexo y tiempo de abandono de tratamiento	3.78	9.48	>.05	.28	Ho
Escolaridad y tiempo de abandono de tratamiento	19.55	31.41	>.05	.32	Ho
Ocupación y tiempo de abandono de tratamiento	24.25	48.33	>.05	.35	Ho
Estrato económico y tiempo de abandono de tratamiento	26.85	31.41	>.05	.37	Ho
Edad y motivo de abandono de de tratamiento	30.12	37.65	>.05	.35	Ho
Sexo y motivo de abandono de de tratamiento	2.69	11.05	>.05	.24	Ho
Escolaridad y motivo de abandono de de tratamiento	34.00	37.65	>.05	.37	Ho
Ocupación y motivo de abandono de de tratamiento	40.70	43.70	>.05	.41	Ho
Estrato económico y motivo de abandono de de tratamiento	40.70	37.06	<.05	.41	Hi

Conforme a los resultados anteriores se acepta la Ho,

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Ho, Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Hi, Los factores sociales como el concepto de salud y los conocimientos sobre la enfermedad están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

VARIABLES	Xi ² c	Xi ² T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Concepto de salud y tiempo de abandono	28.00	26.30	<.05	.38	Se acepta Hi
Concepto de la enfermedad y tiempo de abandono	5.90	15.50	>.05	.25	Se acepta Ho
Concepto de salud y motivo de abandono	17.61	31.41	>.05	.30	Se acepta Ho
Concepto de la enfermedad y motivo de abandono	5.12	18.30	>.05	.23	Se acepta Ho

De acuerdo al análisis estadístico se acepta la Ho₂

H₀, Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia no están asociados con el abandono del tratamiento antibuculoso.

H₁, Los factores culturales como susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia están asociados con el abandono del tratamiento antibuculoso.

VARIABLES	X ² c	X ² T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Respuesta posterior al abandono y tiempo de abandono (Susceptibilidad)	13.29	26.29	>.05	.26	Se acepta H ₀
Respuesta posterior al abandono y motivo de abandono (Susceptibilidad)	19.60	31.41	>.05	.32	Se acepta H ₀
Riesgo de infectar a su familia y tiempo de abandono (Severidad)	3.44	15.50	>.05	.19	Se acepta H ₀
Riesgo de infectar a su familia y motivo de abandono (Severidad)	7.98	18.30	>.05	.29	Se acepta H ₀
Que daños le causaría si abandonará el tratamiento y tiempo de abandono (Severidad)	13.96	26.29	>.05	.27	Se acepta H ₀
Que daños le causaría si abandoara el tratamiento y motivos de abandono (Severidad)	11.25	31.41	>.05	.24	Se acepta H ₀
Que tan serios serían los daños por abandonar el tratamiento y tiempo de abandono (Severidad)	6.79	15.50	>.05	.26	Se acepta H ₀
Que tan serios serían los daños por abandonar el tratamiento y motivo de abandono (Severidad)	21.33	18.30	<.05	.47	Se acepta H ₁
eneficios por reiniciar el tratamiento y tiempo de abandono	6.96	26.29	>.05	.19	Se acepta H ₀

VARIABLES	χ^2_c	χ^2_T	$P=.05$	V.de Cramer	Decisión
Beneficios por reiniciar el tratamiento y motivo de abandono.	20.37	31.41	>. 5	.32	Se acepta Ho
Beneficios por terminar el tratamiento y tiempo de abandono.	9.70	26.29	>. 5	.22	Se acepta Ho
Dificultades para llevar el tratamiento y tiempo de abandono (Barreras)	35.85	36. .1	>. 5	.43	Se acepta
Dificultades para llevar el tratamiento y motivo de abandono (Barreras)	41.38	43. 7	>. 5	.41	Se acepta Ho
El tratamiento médico le ocasiono problemas y tiempo de abandono (Barreras)	2.95	9. 8	>. 5	.25	Se acepta Ho
El tratamiento médico le ocasiono problemas y motivo de abandono (Barreras)	6.00	11. 7	>. 5	.34	Se acepta Ho
Intento reiniciar el tratamiento y tiempo de abandono (Autoeficacia)	15.64	15. 0	<. 5	.40	Se acepta Hi
Intento reiniciar el tratamiento y motivo de abandono (Autoeficacia)	15.62	18. 0	>. 5	.41	Se acepta Ho
Que resultados tendría si reiniciara el tratamiento y tiempo de abandono. (Autoeficacia)	13.08	15. 0	>. 5	. 7	Se acepta Ho
Que resultados tendría si reiniciara el tratamiento y motivo de abandono (Autoeficacia)	12.68	18. 0	>.05	. 6	Se acepta Ho

Según estos resultados de acepta la Ho,

Ho, Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

Hi, Las señales de acción como orientación, seguimiento y apoyo familiar al paciente están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso.

VARIABLES	Xi ² c	Xi ² T	P=.05	V.de Cramer	Decisión
Persona que la orientó sobre su tratamiento y tiempo de abandono	9.12	26.29	>.05	.22	Se acepta Ho
Persona que la orientó sobre su tratamiento y motivo de abandono	13.58	31.41	>.05	.27	Se acepta Ho
Frecuencias del seguimiento en el domicilio y tiempo de abandono	34.37	31.41	<.05	.42	Se acepta Hi
Frecuencias del seguimiento en el domicilio y motivo de abandono.	32.60	37.65	>.05	.37	Se acepta Ho
Seguimiento en el domicilio por el personal de salud y tiempo de abandono.	2.67	9.48	>.05	.24	Se acepta Ho
Seguimiento en el domicilio por el personal de salud y motivo de abandono.	11.69	11.07	<.05	.49	Se acepta Hi
Apoyo familiar y tiempo de abandono.	9.85	15.50	>.05	.32	Se acepta Ho
Apoyo familiar y motivo de abandono.	17.06	18.30	>.05	.42	Se acepta Ho

Según el análisis estadístico se acepta la Ho,

VI. Análisis de Resultados

Los resultados del estudio conducen a la decisión de que los factores sociales y culturales no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso; aceptando la hipótesis nula, estos resultados coinciden con lo encontrado por Paz (1994) en donde no encontró diferencias significativas entre las creencias de salud de los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso, según los motivos de abandono; únicamente encontró diferencias en las señales de acción internas. De acuerdo a Rosenstock (1988) estaría existiendo una relación entre las preocupaciones, motivaciones, y creencias de salud del paciente con el desarrollo de acción preventivas, promocionales y de apego al tratamiento; esto indica que los resultados antes señalados no concuerdan con estudios similares realizados por (Backer 1974) y (Pender 1989). En donde el modelo de creencias de salud de (Rosenstock 1988) son la pauta para la toma de decisiones de los pacientes. En relación a los factores sociales como las características demográficas, se encontró que el 58.3 por ciento de los pacientes con tuberculosis y que han abandonado el tratamiento corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años; en ellos predomina el sexo masculino con un 70.8 por ciento y la escolaridad es baja ya que el 37.6 por ciento de ellos no tiene escolaridad o solo cursaron la primaria incompleta, 20.8 por ciento cursó el ciclo de instrucción

primaria completa; en relación al estrato económico se encontró también que el 58.4 por ciento no tiene un salario fijo o gana menos del salario mínimo mensual, y la principal ocupación de ellos es obrero, con un 37.5 por ciento.

La mayoría de los pacientes su estado civil es casado con un 45.8 por ciento; estos hallazgos son similares en cuanto a características sociales demográficas con lo encontrado por Paz (1994) en el estudio de abandono del tratamiento antituberculoso, así, como lo reportado en el estudio de evolución del paciente bajo tratamiento antituberculoso realizado por Alonso y García (1986). Estos resultados permiten reflexionar de acuerdo a lo señalado por Laurell (1982) donde señala el carácter social del proceso salud - enfermedad, donde muestra que el perfil epidemiológico está determinado por la estructura social y sus características económicas; de tal manera que la tuberculosis es una enfermedad de la pobreza, en donde se observa que los dos momentos del proceso del trabajo: el productivo y reproductivo consume y desgasta al trabajador y tiene escasas oportunidades de consumir bienes, productos y servicios lo cual permitiría un equilibrio social.

Del grupo estudiado se encontró que el 83.3 por ciento de los pacientes corresponden a la población abierta por lo que son atendidos por la Secretaría Estatal de Salud y solo un 16.7 por ciento tienen derecho a la seguridad social. Estos datos no coinciden con el Programa Nacional de Salud (SSA 1990 - 1994)

en donde se señala que la cobertura de los servicios de salud de México por parte de la seguridad social es del 54.6 por ciento y que la población abierta es del orden del 35.1 por ciento; probablemente estas explicaciones de coberturas están asociadas a los resultados antes señalados por Laurell (1982) en relación al empleo y estrato económico, dado que el tener derecho a la seguridad social obliga necesariamente a tener un empleo fijo y a cotizar dentro de este esquema laboral.

En relación con el concepto de salud de los pacientes que abandonaron su tratamiento el 64.6 por ciento de ellos tienen un concepto Biológico de la salud donde señala que esta es la ausencia de enfermedad o síntomas y un 27.1 por ciento tienen un concepto Eudomonístico, en donde consideran que la salud es la sensación de bienestar y armonía con el medio ambiente. Estos datos coinciden con lo encontrado por Martínez (1993) en donde el concepto de salud prevaleciente en las comunidades suburbanas de Apodaca Nuevo León es de tipo biológico en un 81.0 por ciento y el Eudomonístico en un 5.0 por ciento. De acuerdo a los modelos conceptuales de salud de Smith (1983) estos conceptos tienen que ver con las características culturales y populares influenciados por la cultura prehispánica de México; de igual manera Pender (1989) encontró que el concepto de salud predominante en sociedades norteamericanas es de tipo biológico con un 79.6 por ciento; según Pender (1989) el concepto de salud

tiene una influencia importante en la toma de decisiones positivas para el mejoramiento de la salud, y apego al tratamiento, lo cual concuerda en este estudio donde se encontró significancia estadística entre el concepto y el tiempo de abandono, por otro lado se observó que existe una correlación positiva débil en estas dos variables lo que indica cierto grado de asociación.

Al estudiar los conocimientos que los pacientes tiene respecto a la enfermedad, a la duración del tratamiento, y a los mecanismos de transmisión, se encontró que el 64.7 por ciento conoce que el tratamiento es de menos de un mes hasta seis meses y que su enfermedad puede infectar a otros en un 68.8 por ciento; ellos refieren que los motivos por los que abandonaron el tratamiento fueron por reacciones secundarias al medicamento o por que se sintieron bien en un 52.0 por ciento; sin embargo los resultados no fueron estadísticamente significativos pero sí se obtuvo una correlación positiva débil, esto habla de que probablemente existe algún grado de asociación de estas variables; lo que concuerda con lo reportado por Ronquillo (1992) quien estudió el conocimiento que el paciente tiene de la enfermedad y la presencia de una enfermedad crónica (Hipertensión) donde tampoco se encontraron resultados significativos, pero si, una correlación de estas variables.

De acuerdo a las aportaciones pedagógicas de Paulo Freire (1991) dice que en el aprendizaje, solo aprende verdaderamente

aquella persona que se apropia de lo aprendido, transformando lo aprendido (concebir, percibir) reinventando y aplicando lo aprendido en situaciones existenciales concretas; este desfase encontrado entre lo que conocen y hacen, indica que estos pacientes no se han apropiado del conocimiento de la Tuberculosis, o no se lo han explicado significativamente para actuar.

En relación a los factores culturales, los cuales fueron analizados a través del modelo de creencias de salud del Rosenstock (1988) se encontró que en relación a la susceptibilidad con el tiempo y motivos de abandono no existe significancia estadística, sin embargo se observa una correlación positiva débil de estas variables. En este sentido el 81.3 por ciento de los pacientes aceptó el diagnóstico de su enfermedad e inició inmediatamente el tratamiento; de igual forma el 70.8 por ciento de los pacientes refieren que si abandonan el tratamiento pueden agravarse y morir, sin embargo, abandonan el tratamiento por reacciones secundarias al medicamento, por sentirse bien, y por problemas económicos, estos datos coinciden con lo encontrado por Paz (1994) en lo referente a la susceptibilidad, estudiada mediante las consecuencias del medicamento y el riesgo de infectar, donde no se mostró significancia estadística, esto habla de que a pesar de que los pacientes se sienten susceptibles a agravarse o morir por la enfermedad de igual forma lo abandonan. Por otra parte

esto no concuerda con lo señalado por Rosenstock (1988) en donde se menciona que ante la creencia, del individuo de ser susceptible o vulnerable a una enfermedad, este emprende acciones preventivas y de apego al tratamiento.

En cuanto a la severidad, se encontró que el 83.3 por ciento de los pacientes consideran que el abandonar el tratamiento sería grave y mortal, el 60.5 por ciento piensa que el abandono puede ocasionar enfermedades agregadas y complicaciones de la enfermedad; además el 64.6 por ciento cree que su familia puede enfermar. Sin embargo no existe significancia estadística con el tiempo y motivo de abandono, pero si se observó una correlación positiva débil de estas variables, esto coincide con lo encontrado por Paz (1994) donde el paciente visualiza las consecuencias de la enfermedad para él y su familia, sin embargo abandona el tratamiento; en este estudio no se encontró significancia estadística. De acuerdo al modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) no corresponden estos hallazgos con lo referido en relación a la severidad, percepción individual, que puede aumentar la probabilidad de iniciar acciones en beneficio de su salud y del cumplimiento al tratamiento.

Al revisar los beneficios que obtendría el paciente si decidiera reiniciar el tratamiento se observó que el 89.6 por ciento de los pacientes consideran que se aliviarían y podrían trabajar; de igual forma el 91.7 por ciento de los pacientes piensan que si terminan el tratamiento completamente,

podría aliviarse y trabajar, sin embargo, las pacientes abandonaron su tratamiento por diversas causas. En estas variables no se obtuvo significancia estadística, pero se observó una correlación positiva débil, esto coincide con lo reportado por Paz (1994) quien observó que el 69.0 por ciento confía en que el tratamiento lo puede aliviar. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en el Estudio de estilos de vida y uso de servicios de Salud, Alonso (1993), donde se observó que los individuos reconocen obtener beneficios si practican estilos de vida saludables, sin embargo, no utiliza los servicios para promover la salud y prevenir enfermedades. De acuerdo a Rosenstock (1988) los beneficios son las creencias que la gente tiene sobre la efectividad de las acciones para reducir los daños y las amenazas de la enfermedad de tal manera que las personas estarían actuando en favor de su salud.

En el análisis de las barreras, como son la dificultad para llevar el tratamiento o si tuvo problemas secundarios con el medicamento, se observó que el 62.5 por ciento no tuvo dificultades para llevar el tratamiento, sin embargo el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo de abandono, y los motivos por los que el abandonó el tratamiento fueron, el 27.1 por ciento refiere que el medicamento le ocasionó problemas, el 25.0 por ciento dice que lo abandonó por sentirse bien. Por otra parte se indagó si el tratamiento le ocasionó problemas, a su persona, encontrando que 70.8 por ciento señala que no tuvo

daños, sin embargo al analizar los motivos de abandono se mostró que el 27.1 por ciento refiere tener problema a causas del tratamiento. Estas variables no tuvieron significancia estadística, y se observó una correlación positiva débil.

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Alonso(1986) en la evolución de los pacientes bajo tratamiento antituberculoso. En este estudio el 57 por ciento abandona el tratamiento por sentirse bien, un 36 por ciento por efectos secundarios al medicamento. En otro estudio realizado por Paz (1994), se reporta como motivos de abandono, un 31 por ciento por presentar mejoría y efectos colaterales al fármaco.

Al analizar la autoeficacia a través del intento de reiniciar el tratamiento, se encontró que el 56.3 por ciento lo ha intentado y el 43.8 por ciento no ha intentado reiniciarlo o cree no necesitarlo. De estos pacientes el 27.1 por ciento señala que el tratamiento le ha ocasionado problemas de salud y un 25.0 por ciento abandona el tratamiento por sentirse bien. Al cuestionar sobre su autoeficacia que tendría si decidiera reiniciar el tratamiento, el 62.5 cree tendría, éxito y 37.5 por ciento refiere que no tendría éxito o ignora si lo tendría, de ellos el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo transcurrido desde que abandono el tratamiento.

En estas variables no se encontró significancia estadística pero se observó una correlación positiva débil. Estos hallazgos concuerda con lo encontrado por Strecher V.J. (1986) donde la

autoeficacia tiene gran relevancia al querer modificar estilos de vida, seguir tratamientos y acciones preventivas. Rosenstock (1988) incluyó esta nueva variable a su modelo original y ha demostrado la eficacia de ella, en estudios experimentales educativos y de la atención médica en ciertas patologías. Por último, Alonso (1993) encontró en una comunidad suburbana de Guadalupe que el 55.6 por ciento de los individuos consideran tener éxito si intentaran modificar estilos de vida; en este mismo sentido Bandura (1986) explica que el mecanismo de autoeficacia opera en dos aspectos; tener la convicción de que abandonar ciertos hábitos beneficia la salud y que además se tiene la capacidad de emprender acciones de salud conforme a experiencias anteriores.

En lo relacionado a las señales de acción que fueron estudiadas a través de que personal lo orientó sobre el tratamiento, el seguimiento en el domicilio y el apoyo familiar se observó que el 91.7 por ciento del personal de salud, que lo orientó sobre su tratamiento fué el médico, sin embargo, todos por diferentes motivos abandonaron el tratamiento; de ellos el 27.1 por ciento abandonó por problemas ocasionados por el medicamento, el 25.0 por ciento por sentirse bien el 12.5 por ciento por problemas económicos y el 16.7 por ciento por diferentes causas. En este mismo sentido el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo que ha transcurrido desde que abandonó el tratamiento.

El análisis estadístico mostró que no existe una relación significativa entre estas variables al .05, sin embargo existe una correlación positiva débil.

Esto concuerda con lo encontrado por Terán (1993) en donde la invitación realizada por el personal de salud para integrarse a los programas a sanos (Planificación Familiar, Detección Oportuna de Cáncer, Control del Niño Sano) no fué significativo, Silva L., (1992) reportó que las mujeres requerían de ser motivadas por la gente para realizarse el examen de Papanicolau encontrando en mayor importancia el papel del esposo y del personal de salud.

Al observar la frecuencia del seguimiento en el domicilio y el tiempo de abandono del tratamiento, se muestra, que el 56.3 por ciento nunca ha sido visitado y solo el 18.8 por ciento fué visitado en forma mensual o quincenal; de estos pacientes el 60.4 por ciento no recuerda el tiempo en que abandonó el tratamiento. En el análisis de las variables existe una significancia estadística al .05, y se obtuvo, una correlación positiva débil de .42. Al relacionar la frecuencia del seguimiento con los motivos de abandono se observó que del 56.3 por ciento que nunca fue visitado, el 18.8 por ciento, abandonó el tratamiento por problemas de salud derivados del medicamento, el 14.6 por ciento por que se sintió bien el 10.4 por ciento por falta de medicamento para su atención.

El análisis estadístico muestra que no existe relación significativa entre las variables pero si existe una correlación positiva débil de .37.

Estos resultados reafirman lo encontrado por Terán (1993) donde el papel del seguimiento domiciliario, es fundamental si se desea que los usuarios asistan a sus controles regulares en los programas a sanos (PF. DOC. CNS). De igual forma Kadadeck (1985) en su modelo de cronicidad privilegia, el papel del seguimiento domiciliario en las diferentes etapas por las que transcurre el paciente, los cuales se inician con desorganización y desequilibrio, que provocan en el paciente tristeza, enojo, culpa y ansiedad, la cual aumenta a medida que se sabe de las implicaciones de la enfermedad; la segunda etapa de reorganización se presenta cuando el personal de enfermería comunitaria continua el seguimiento y orientación, para ayudar, al paciente a ajustarse a la enfermedad y ha aprender nuevas formas de vida, por último, la etapa de resolución ocurre cuando se admiten las pérdidas y se acepta una nueva definición de la identidad individual y familiar incorporado la enfermedad a su vida.

El análisis de los datos en cuanto al apoyo familiar, tiempo y motivo de abandono del tratamiento antituberculoso, se observó que el 81.3 por ciento dijo tener apoyo familiar siempre, de estos el 47.9 por ciento no recuerda el tiempo en que lo abandonó y un 31.2 por ciento lo abandonó entre uno y doce meses.

El motivo por el que abandonó el paciente el tratamiento; del 81.3 por ciento que siempre recibe apoyo familiar se observó que, el 27.1 por ciento por que le ocasiono problemas secundarios el medicamento, el 18.8 por ciento por sentirse bien, 12.5 por ciento por tener problemas económicos e igual para los que abandonaron el tratamiento por otras causas.

Estos resultados no concuerdan con Pender (1982) quien dice que el grado de apoyo familiar a menudo determina la extensión en el cual los nuevos comportamientos que promueven la salud, serán aceptados y mantenidos. Por otro lado en otro estudio realizado por Morisky Y Colegas (1983) citado por (Saenz 1992) en pacientes con Hipertensión Arterial, encontraron que si hubo estabilización de la presión sanguínea cuando los miembros de la familia participaron, brindaron y dieron apoyo al cuidado del paciente.

El análisis estadístico muestra que no existe relación significativa entre las variables al .05, sin embargo se obtuvo una correlación positiva débil (.32, y .42)

Por último, es importante señalar que el modelo de creencias de salud Rosenstock (1988) es un adecuado marco teórico el cual permite operacionalizarlo en la investigación, en virtud que sus elementos y las variables que se desprenden de el facilitan la aproximación al conocimiento científico de las razones que motivan a la gente a tomar decisiones con respecto a medidas preventivas y de apego al tratamiento.

VII. Conclusiones

7.1

1. Conforme a los resultados obtenidos del presente estudio se aceptó la Ho la cual señala que los factores sociales y culturales no están asociados con el abandono del tratamiento antituberculoso. Sin embargo, se encontraron algunas variables que pudieran dar información de mayor significado para conocer los motivos por los que abandonan los pacientes el tratamiento y estas serían, el seguimiento domiciliario el cual debe influir en el aprendizaje significativo efectuado en la realidad en que viven estos pacientes, la motivación para reiniciar el tratamiento y reforzar los conceptos de salud con la congruencia de las acciones que permitan el apego al tratamiento.

2. El perfil sociodemográfico de la población en estudio mostró que el 58.3 por ciento de los pacientes con tuberculosis y que han abandonado el tratamiento corresponde al grupo de edad de 15 a 44 años en el cual predomina el sexo masculino en un 70.8 por ciento. La escolaridad fue baja dado que el 37.6 por ciento no tuvo escolaridad o cuenta con primaria incompleta. El estado civil de estos pacientes fué, casados con un 45.8 por ciento, y en relación al estrato económico el 58.4 por ciento no tiene un salario fijo o gana menos de un

salario mínimo mensual, la principal ocupación de los pacientes es la de obrero. Estas características son similares a las reportadas por el Programa Nacional de Salud en México 1990 - 1994. Cabe destacar que en el aspecto estrato económico y motivos de abandono se encontró significancia estadística lo cual indica que la situación económica es un factor condicionante del abandono del tratamiento; esto coincidió con lo señalado por Laurell (1982) donde la estructura social y económica determina las enfermedades de la pobreza y de la abundancia dentro del perfil epidemiológico de nuestro país.

3. Respecto a la seguridad social se confirma el hecho de que esta enfermedad es más importante en grupos marginados que viven en la pobreza y en la extrema pobreza, dado que solo el 16.7 por ciento de ellos tienen derecho a la seguridad social y por lo tanto a un empleo fijo. El porcentaje nacional de cobertura por seguridad social es del orden de, 54.6 por ciento.
4. En relación a los factores sociales de los pacientes tuberculosos que abandonaron el tratamiento, se encontró que el 64.6 por ciento tiene un concepto biológico de la salud y enfermedad y el 27.1 tiene un concepto eudomonístico. En relación a los conocimientos que los

pacientes tienen sobre su enfermedad se encontró que el 72.9 por ciento conocían su enfermedad y el 68.8 por ciento conocen que su enfermedad es transmisible sin embargo el 64.7 por ciento no tiene claro la duración del tratamiento, en virtud de que saben que la duración de este oscila entre uno y seis meses, esto demuestra que el no obtener significancia estadística probablemente se deba a que los conocimientos fueron transmitidos de una manera conductista, memorística y no significativa, la enseñanza significativa esta basada en problemas reales, en situaciones concretas que forman la vida del paciente, y es el punto de referencia para reiniciar el proceso educativo en salud. Es importante señalar, que el concepto de salud y el tiempo de abandono tuvo significancia estadística y está en congruencia con los motivos por los que abandonaron el tratamiento. Los conceptos corresponden al campo biológico y de bienestar mientras que los motivos de abandono son de estos mismos campos (Reacciones secundarias al tratamiento y sentirse bien). Esto corresponde a lo señalado por Pender (1989) donde indica que el concepto de salud tiene una influencia importante en el apego al tratamiento.

5. En relación a los factores culturales se concluye que la susceptibilidad y la severidad como las percepciones del

paciente, no fueron significativos; lo cual no coincide con lo señalado por Rosenstock (1988) el cual señala que un individuo al sentirse vulnerable o en peligro continuaría apegados a su tratamiento. Probablemente esas explicaciones de estos hallazgos están influidos por el tipo de enfermedad que es crónica y el cual tiene un comportamiento propio estudiado por Kodadek (1982) en el modelo de cronicidad.

6. Conforme a los beneficios y barreras que los paciente identifica al seguir su tratamiento antituberculoso no se encontró significancia estadística; sin embargo llama la atención que el 52.1 por ciento abandonarían el tratamiento por problemas secundarios al tratamiento o por sentirse bien estos hallazgos muestran la necesidad de que el personal de salud realice un seguimiento clínico para valorar estas barreras y mejorar el éxito del tratamiento. Los beneficios son claros para el paciente, sin embargo al comparar los beneficios contra las barreras son mayores éstas que los beneficios que puedan tener.
7. Respecto a la autoeficacia que se estudió a través del éxito que tendrían si reiniciarán el tratamiento, no se observó significancia estadística, lo cual indica por una parte que las experiencias previas no fueron aprendidas

significativamente como para asegurar su permanencia en el tratamiento, o bién, por otra parte pudiera explicarse que los pacientes tienen una baja percepción de su capacidad de iniciar y terminar el tratamiento.

8. Al analizar las señales de acción no se encontró significancia estadística con las variables de apoyo familiar y orientación en salud, sin embargo si se encontró significancia estadística entre el seguimiento domiciliario y el abandono del tratamiento; este hallazgo valora el papel que tiene la visita y el seguimiento en el domicilio del paciente dado que las orientaciones e indicaciones médicas, higiénicas y dietéticas son más eficaces en las medidas que estas se realicen en la realidad concreta del paciente.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

7.2 Recomendaciones

1. En virtud de la importancia que tiene el apego al tratamiento para tener éxito en la recuperación de la salud de paciente tuberculoso y basado en los hallazgos de este estudio se sugiere profundizar en el seguimiento domiciliario como temática que pudiera ofrecer nuevas explicaciones acerca del éxito del tratamiento.

2. Existen varios estudios encaminados hacia el abandono del tratamiento con distintos enfoques metodológicos por lo que se recomienda estudiar comparativamente los pacientes que han tenido éxito con el tratamiento con aquellos que no lo han tenido, de tal manera que esto permita identificar el perfil y las conductas seguidas en cada caso. Con este estudio se podría apropiar científicamente al conocimiento de las razones que motiva a los individuos a apearse al tratamiento recomendado.
3. El modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) es un marco teórico que permitió el desarrollo de esta investigación partiendo del elemento conceptual abstracto y operacionalizarlo a través de las variables en una realidad concreta. Por lo que se sugiere, seguir probando este modelo de creencias de salud en otros estudios que comprendan desde el uso de medidas preventivas y promocionales de salud hasta el desarrollo de conductas del paciente frente al tratamiento y la rehabilitación.
4. En virtud de que el seguimiento domiciliario fué muy significativo en este estudio y dado que estos pacientes defieren de actuar basados en sus propias creencias, se recomienda utilizar el modelo de cronicidad de Kodadeck (1982) para próximos estudios donde se enfatice el papel

que tiene cada etapa por las que atraviesa el paciente a lo largo de la enfermedad, y las respuestas que muestra y las percepciones que tiene frente a la desorganización y al desequilibrio, a la reorganización y a la etapa de resolución.

5. La función principal del sistema de salud es facilitar y coordinar los servicios de salud ofrecidos a la comunidad; es en esencia quien resuelve problemas y actúa con los pacientes, por lo que se recomienda a los administradores de los servicios de salud fortalecer en el programa del control antituberculoso el apego a las normas del tratamiento ya que esto facilita la continuidad y podría limitar su abandono.

6. Es necesario desarrollar estrategias metodológicas que promuevan en los programas de educación para la salud el aprendizaje significativo. Este involucra a la familia como recurso de apoyo en el tratamiento del paciente implementa las orientaciones en salud en la propia realidad de este y se genera a partir de las necesidades, problemas y percepciones acerca de la enfermedad de tal manera que se estimule al paciente a desarrollar una fuerza interna que le de seguridad para obtener el éxito en su tratamiento.

7. El personal de salud debe apoyarse con ONG's dedicados al mejoramiento del estado nutricional, desarrollo social como mejoramiento del ambiente y capacitación para el trabajo de tal manera que estos factores pudieran coadyuvar en el apoyo al tratamiento antituberculoso y la recuperación del paciente.

8. Es deseable que el personal de salud se mantenga actualizado acerca de las normas del programa antituberculoso para lograr mayor efectividad en ellas, capacitarlos en nuevas metodologías en el seguimiento, visita domiciliaria, la formación de grupos de autoayuda y en educación participativa.

VIII. Bibliografía

8.1 Referencias Bibliográficas

1. Alonso C. et. al. "Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud". Tesis de Maestría en Salud Pública. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Mayo 1993 96-100 pp.
2. Alonso y García "Evaluación de los Pacientes Bajo Tratamiento Antituberculoso" Estudio de Comunidad en Area Metropolitana de Monterrey, 1986 1-16 pp.
3. Bandura A. Self - Eficacy " In Social Foundation of Thought and Action Englewood Oliff. Frentice Hall New Jersey 1986. 390-453. pp.
4. Becker M.H. "Identify in Belif Model and Personal Behomar" New Jersey Charles Esolck 1974.
5. Departamento de Epidemiología Subsecretaria, Estatal de Salud Jurisdicción Sanitaria No.4 Reporte Estadístico Guadalupe, Nuevo León 1994.
6. Departamento de Epidemiología, Subsecretaria Estatal de Salud " Evolución del Tratamiento Primario de Casos Positivos a la Baciloscopía" Monterrey, Nuevo León 1989.

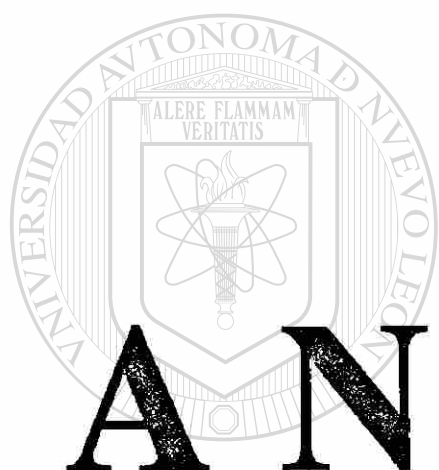
7. Dirección de Planeación, Subsecretaría Estatal de Salud "Reporte de Estadísticas Vitales", Monterrey, Nuevo León 1992.
8. Flores, A. Manejo de Problemas Médicos en el Primer Nivel de Atención. Primera Edición U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Agosto 1990, 398 pp..
9. Freeman, B.A. Microbiología Burrows Veintidoceava Edición Editorial Interamericana Mc. Graw- Hail, México 1989. 691-697 pp.
10. Fraire, P. " Extensión o Comunicación " La concientización en el Medio Rural. México dieciseisava Edición Siglo XXI Editores 1991 27-42 pp.
11. Kodadek, Sheila " Working the Chronically Illness Nurse Practitioner in Ambulatory Core" American Journal of Primaty Healt Core. Marzo 1985 10 (3) 45-48 pp.
12. Laurell, A.C. ' El Carácter Social del Proceso Salud - Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo" Vida y Muerte del Mexicano tomo I. Primera Edición México D.F. Folios Ediciones 1982 189-217 pp.

13. Levin, Jack Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Segunda Edición México, D.F. Editorial Harla 1992 305 pp.
14. Martínez, R. ' El concepto y la Percepción de Salud con la práctica de Estilo de Vida "Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria". U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, 1994. 90-102 pp.
15. Martínez, et. al "Investigación Experimental" Factores que influyen en el Abandono del Tratamiento Antituberculoso y Valoración de una Programa de Vigilancia Familiar " Revista Médica del IMSS México, D.F. 667-675 pp.
-
16. O.M.S./O.P.S. " El Futuro de la Lucha Antituberculoso Problemas y perspectivas" Boletín Epidemiológico Vol 96 No.2 Washington, D.C. Febrero 1984 125-130 pp.
17. OPS/ Oficina Regional de Campo Fronterizo México E.E.U.U. "Informe Epidemiológico Anual". El Paso Texas U.S.A. 1979.
18. Paz, M.A. " Creencias de Salud y Abandono del Tratamiento Antituberculoso en Pacientes Adultos "Tesis de Maestría Comunitaria en Salud Comunitaria". U.A.N.L., Monterrey, Nuevo León, Febrero 1994, 42-49 pp.

19. Pender, " A Proposed Model for Health - Promoting Behavior" Health Promotion in Nursing Practice Connecticut third Edition, Appleton Lange, 1989, 57-72 pp.
20. Ramos, E.J. et. al " Tópicos actuales en tuberculosos" Sector salud 1993
21. Rojas, S.R. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Séptima edición México, Plaza y Véldez Editores, Febrero, 1991. 279 pp.
22. Ronquillo R. "Apoyo Percibido Efectos Sobre el Paciente Hipertenso Para que Realice Acciones de Autocuidado" Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, Abril 1992 45-51 pp.
23. Rosenstock, I. "Porque la Gente Utiliza los Centros de Salud" Melbank Mem. Foundation Q. Report. Vol 44 U.S.A. Mayo - Junio 1966.
24. Rosenstock, I. Becker M. " Social Learning Theory and the Health Belief Model" Health Education New Jersey Vol. 15 1988.

25. Rubel, A. J. Garro, L.C. " Social and Cultural Factors in the Succes Ful Control of Tuberculosis", Public Healt Reports. U.S.A. November- December, 1992 626-636 pp.
26. Schnieder, N. "Creencia y Adherencia a la Salud en Enfermedades Crónicas" U.S.A. (S.F.).
27. Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud 1990 - 1994. México, D.F. Centro Nacional de Información y Documentación en Salud. Enero 1991. 76. pp.
28. Sistema Nacional de Salud. Manual de Normas y Procedimientos Para la Prevención y Control de la Tuberculosis. México, 1991. 38-49 pp.
29. Stretcher, V.J. Debellis, B. Becker, M. Rosenstock, I. (1986) "The Role Self - Efficacy in Ochieving Healt Beahvior Change" Healt Education. Spring 1986 13 (1); 73-79 pp.
30. Sáenz E. "Función Familiar en el Seguimiento y Control del Paciente diabético"Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León Noviembre 1992. 53-58 pp.

31. Silva, L. et. al. "Factores Socioculturales que Influyen en la Prevención y Control del Tratamiento de la Displasia Cervical" Investigación Paralela. Universidad de Texas Medical Branch Galveston Texas y Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León México 1992.
32. Smith, J. " The Idea If Healt" Implication For The Nursings Profession. New York. 1993.
33. Terán, C. "Influencia de las Creencias Maternas de Salud en el Uso de Programas Preventivos Materno Infantiles" Tesis de Maestría en Enfermería en Salud Comunitaria. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, Julio 1993. 107-124 pp.
-
34. Toman. K. et. al. " Cuestions and Answers" Third edition, Washington, D.C. World Healt Organitation 1980 7914 pp.
35. U.A.N.L. Facultad de Salud Pública " Tuberculosis Pulmonar y Abandono del Tratamiento". Jurisdicción Sanitaria No. 4 Ciudad Guadalupe, Nuevo León; México 1987. Monterrey, Nuevo León.



ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A N E X O 1

VARIABLES DE ESTUDIO Y SU OPERACIONALIZACIÓN

1. Variables de estudio

- a) La variable independiente esta se entiende como el elemento fenómeno o situación que explica condiciona o determina la presencia de otro (Rojas Soriano 1991).

En este caso como la variable independiente corresponde a los factores sociales y culturales ya que los investigadores suponen que las características demográficas, el concepto de salud y los conocimientos que sobre la enfermedad tiene los pacientes tuberculosos influyen en el abandono del tratamiento (variable dependiente). De igual forma los factores culturales

analizados mediante el modelo de creencias de salud de Rosenstock (1988) el cual incluye la susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios y autoeficacia, explican en que forma la cultura influye en las tomas de decisiones del individuo con respecto a la salud y a la enfermedad y porqué en el caso de este estudio el paciente decide abandonar el tratamiento.

- b) La variable dependiente puede definirse como el elemento fenómeno o situación explicada o que está en función de la variable la cual sería la independiente (Rojas Soriano 1991).

La variable dependiente en este estudio es el abandono del tratamiento lo cual significa la desición del paciente de continuar o no con el tratamiento, esta desición puede ser consiente o inconsciente y esta influida por los factores sociales y culturales de la persona (variable independiente)

2.2 Variables del Estudio

- a) Factores Sociales y Culturales (Independiente)
- b) Abandono del Tratamiento (Dependiente)

2. Definición de Términos

- a) Abandono del Tratamiento Antituberculoso en la inasistencia continuada del caso de tuberculosis a la unidad de salud después de 30 días de la última asistencia.
- b) Tratamiento Antituberculoso Acción de las droga como:
 - Bactericida
 - Esterilizante
 - Bateriostática
- c) Paciente con Tuberculosis Pulmonar Enfermo cuyo diagnostico de T.B.P. confirmado y registrado en Enero - Diciembre de 1993
- d) Variable Demográfica
Son la edad, sexo, estado civil y escolaridad.
- e) Variables Sociales
Son el concepto de Salud y los conocimientos sobre la enfermedad de la Tuberculosis.

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

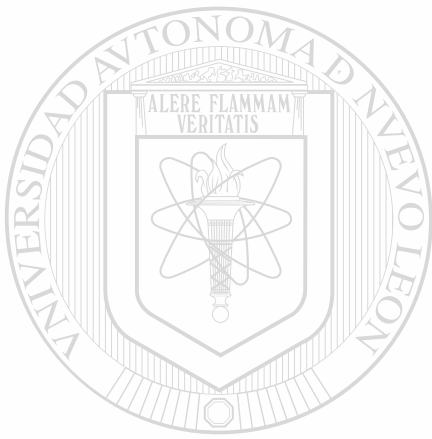
Es la creencia del individuo de que las acciones que emprenden serán efectivas para recuperar su salud.

- 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.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 Dedicó 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 _____

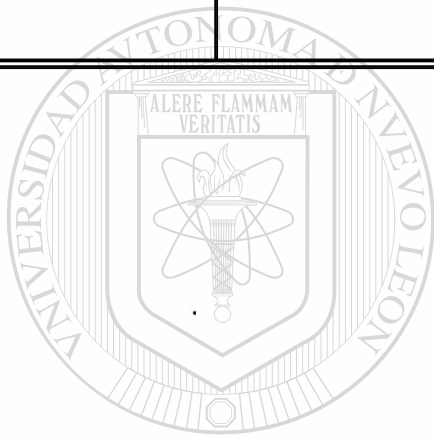
VARIABLES	INDICADOR	ITEMS (RANGOS)
	Factores Sociales	
	8. Concepto de Salud . Biológico . Funcional . Bienestar . Mágico-Religioso	1. Ausencia de Enfermedad o Síntomas 2. Cumplir responsabilid des 3. Sensación de Bienestar y Armonía con el medio ambiente 4. Armonía entre el bien y el mal. 5. Otro _____ 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. Familiar 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>Quando el diagnosticaron la enfermedad hizo usted:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acepto el diagnostico e inicio al tratamiento busco otra opción médica. 2. Buscó otra opción médica 3. Acepto el diagnostico pero nunca inicio el tratamiento 4. No comprendió el diagnostico y regreso a estudios. 5. Otros _____ <p>Que le Suceder</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puede enfermar de tuberculosis 2. No sabe nada 3. No sabe 4. Problemas para tolerar medicamento 5. Otros _____ <p>Que daños cree Ud. le produzca el abandono del tratamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas para tolerar los medicamentos. 2. Complicaciones de la enfermedad 3. Enfermedades agregadas 4. No sabe 5. Otros _____ <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"> 1. Horario Inaccesible del servicio de salud Dificultades de traslado 2. Dificultades de traslado de servicio de salud. 3. Falta de Medicamentos 	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. <hr/>
	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.	Ha buscado ayuda o consulta para reiniciar el tratamiento. 1. Si _____ 2. No _____
	39. Tipo de Ayuda	Qué tipo de ayuda requiere para continuar el tratamiento. 1. Atención médica y de enfermería 2. Tener tratamiento médico 3. Apoyo familiar 4. Apoyo económico 5. No requiere ayuda 6. Otro _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

| |

Domicilio

Colonia

Municipio

| |

11. Factores Sociales

1. Edad (años cumplidos)

| |

2. Sexo

1. Masculino

2. Femenino

| |

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

| |

4. Ocupación: A que se dedica Ud. (empleo)

| |

5. Estado Civil

1. Soltero

4. Divorciado

2. Casado

5. Otro

3. Viudo

| |

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

| |

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
ó síntomas | 4. Armonía entre el bien
o 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.

- | | |
|----------|----------|
| 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 | |

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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 encuesta 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. | 4. Atención no satisfactoria de parte del personal de salud. |
| 2. Dificultades del traslado al servicio de salud. | 5. Problemas económicos |
| 3. Falta de medicamento | 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 por su colaboración.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

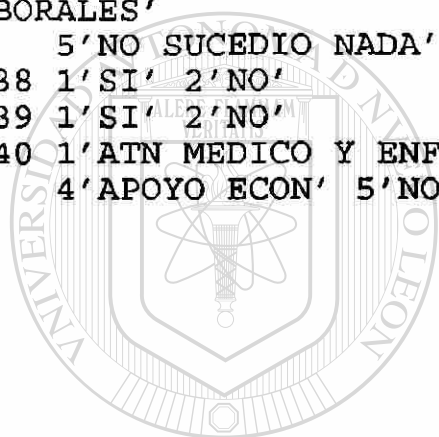
LABELS

/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 COMPENDIO 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'.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

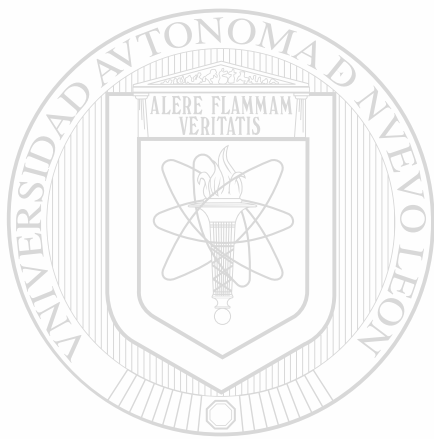
- Especialista en computo	900.00
- Encuestadores	1,800.00
- Secretaria	1,350.00

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



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



