



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO POR EL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTIFÍMICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
ÁREA DE SALUD N° 1, PUMAPUNGO. CUENCA 2012**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA: MARÍA DEL CARMEN ORDOÑEZ ZHUNIO

DIRECTORA: DRA. JOANNA ALEXANDRA PÁEZ ITURRALDE

ASESORA: LCDA. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

**CUENCA - ECUADOR
2013**

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo. Cuenca 2012.

Método y materiales: es un estudio analítico retrospectivo y de intervención cuantitativa, en pacientes mayores de 15 años que acudieron a recibir tratamiento antituberculoso, en el periodo 2012.

Muestra: son los pacientes diagnosticados con tuberculosis en el área de salud N° 1, los cuales corresponden a 18 personas, de los cuales 14 aceptaron formar parte de la investigación.

En el estudio se aplicó el análisis documental, visitas domiciliarias y encuesta. La información requerida se obtuvo de acuerdo a los registros del programa DOTS, historias clínicas y visitas domiciliarias.

El procesamiento de la información se realizó mediante el programa Microsoft Office Word y Excel 2010, los mismos que aportaron elementos estadísticos para el análisis. Los datos fueron presentados en forma de tablas.

Resultados: los pacientes con tuberculosis mantienen cierta estabilidad y adhesión al tratamiento, sin embargo están presentes factores psicológicos de riesgo que pueden ocasionar inestabilidad psíquica, uno de ellos es el afrontamiento a la enfermedad en el 26% de pacientes.

PALABRAS CLAVE: TUBERCULOSIS, FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO, DEPRESIÓN.

ABSTRACT

Objective: To determine psychosocial risk factors for dropping out of treatment for tuberculosis in patients attending the Health Area No. 1, Pumapungo. Cuenca 2012.

Method and Materials: A retrospective analytical study of quantitative intervention, in patients older than 15 years who came to receive treatment for tuberculosis, in the period 2012.

Universe: are patients diagnosed with tuberculosis in the health area No. 1, which correspond to 18 people, of which 14 agreed to be part of the investigation.

The study used document analysis, home visits and survey. The required information was obtained according to the DOTS program records, medical records and home visits.

The information processing was performed using Microsoft Office Word and Excel 2010, the same who provided statistical elements for analysis. The data were presented in tables.

Results: Patients with tuberculosis maintain some stability and adherence to treatment however are present psychosocial risk factors that can cause mental instability; one of them is coping with the disease in 26% of patients.

KEYWORDS: TUBERCULOSIS, PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS, DEPRESSION.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
RESPONSABILIDAD	3
ÍNDICE	4
CAPÍTULO I	7
1.1. INTRODUCCIÓN	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Tuberculosis	15
2.1.1. Sintomatología Clínica de la Tuberculosis	15
2.2. Tipos de tuberculosis.....	16
2.3. Vías de transmisión de la tuberculosis	17
2.4. Dimensiones socioculturales de la Tuberculosis	18
2.4.1. Estigmatización de la tuberculosis	18
2.4.2. Clima Social Familiar	19
2.4.3. Funciones de la familia	20
2.4.4. Modelos teóricos del bienestar psicológico	21
2.5. La familia y el enfermo con tuberculosis.....	23
2.6. Tuberculosis e Interacción Social.....	26
2.7. Vivencias y necesidades emocionales del paciente con tuberculosis	27
2.8. Apoyo emocional ante la enfermedad de tuberculosis	30
2.9. Aspectos psicológicos en las enfermedades.....	31
2.10. Factores que intervienen en la forma de reaccionar del paciente	34
2.11. Reacciones del paciente luego de finalizar o abandonar un tratamiento médico.....	35
2.12. Hipótesis.....	37
CAPÍTULO III	38
3. MARCO REFERENCIAL	38



3.1. Datos generales	38
3.2. Unidades operativas de salud	39
3.3. Descripción institucional	40
3.4. Servicios que ofrece el área de salud N° 1 Pumapungo por unidades	41
3.5. Estructura orgánica del área de salud N° 1Pumapungo.....	42
3.6. Población de Influencia del área de salud N° 1Pumapungo.....	42
CAPÍTULO IV	44
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	44
4.1. Objetivo general	44
4.2. Objetivos específicos.....	44
CAPÍTULO V	45
5. DISEÑO METODOLÓGICO	45
5.1. Tipo de estudio.....	45
5.2. Área de estudio	45
5.3. Universo	45
5.3.1. Criterios de Inclusión.....	45
5.3.2. Criterio de Exclusión	46
5.4. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	46
5.5. Asociación empírica de variables	46
5.6. Operacionalización de variables.....	47
5.7. Técnicas e instrumentos.....	50
5.7.1. Técnicas.....	50
5.7.2. Instrumentos.....	50
5.8. Plan de recolección de datos	50
5.8.1 Autorización	50
5.8.2 Procedimiento.	50
5.9. Plan de tabulación y análisis de resultados.....	51
CAPÍTULO VI	52
6. RESULTADOS	52
CAPÍTULO VII	60
7. DISCUSIÓN	60



CAPÍTULO VIII	64
8.1 CONCLUSIONES.....	64
8.2 RECOMENDACIONES	66
CAPÍTULO IX	67
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS.....	72
ANEXO 1 Diseño de encuesta.....	71
ANEXO 2 Oficio Directora del Distrito 01D01	75
ANEXO 3 Consentimiento Informado para Padres.....	76
ANEXO 4 Asentimiento Informado para los y las Adolescentes	77
ANEXO 5 Consentimiento Informado para personamas mayores a 18 años.....	79



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María del Carmen Ordoñez Zhunio, autora de la tesis "FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO POR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N° 1, PUMAPUNGO. CUENCA 2012." Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

María del Carmen Ordoñez Zhunio

CI. 0105150155

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María del Carmen Ordoñez Zhunio, autora de la tesis "FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO POR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE SALUD N° 1, PUMAPUNGO. CUENCA 2012." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Diciembre del 2013

María del Carmen Ordoñez Zhunio

CI. 0105150155

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El clima psicológico que se puede generar debido al abandono del tratamiento de la tuberculosis, constituye una amenaza para el paciente, es por tal motivo que resulta indispensable que las personas afectadas por esta enfermedad reciban atención psicológica y la adecuada orientación durante y después del proceso médico con el fin de no afectar el cumplimiento estricto de la medicación, en lo cual radica la eficacia del tratamiento.

El nivel de compromiso y adhesión al tratamiento incrementa las posibilidades de curación, pero esto no sucede cuando los pacientes presentan factores psicológicos que desembocan en procesos depresivos y pierden la motivación y el optimismo. Es por ello la necesidad de conocer los factores psicológicos que están latentes en el entorno del paciente luego de abandonar el tratamiento, con el fin de identificar signos de alarma que afectan su situación emocional, por ejemplo el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar situación que deja afecciones psicológicas al paciente, lo que al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad y el cumplimiento de su tratamiento.

El personal de salud, se constituye en el grupo humano prioritario durante el tratamiento de la enfermedad en cuanto son quienes mantienen comunicación constante con las personas afectadas, por ello es necesario mantenerla atención ante las señales que puedan sugerir depresión durante el tratamiento y que pueda obligar al abandono del mismo, dejando un paciente enfermo y dañino para sí mismo al manifestar factores psicológicos que lo hagan cambiar de tal forma que se ocasione daño.



En el proceso de identificación de los factores psicológicos de riesgo que afectan al paciente, es preciso revisar secuencialmente los temas de tal forma que el presente trabajo se organiza por capítulos.

Capítulo I: Introducción al tema mediante una contextualización del problema y la razón por la que se debe desarrollar la investigación.

Capítulo II: Sustento teórico a partir de la investigación bibliográfica sobre aportes de otros autores respecto a la tuberculosis, los factores psicológicos de riesgo y otros temas que permiten sustentar el trabajo presentado.

Capítulo III: Desarrollo del marco referencial en el cual se detallan aspectos relacionados al Área de Salud 1, Pumapungo en Cuenca: misión, visión, servicios, estructura orgánica, entre otros.

Capítulo IV: Aborda los objetivos de la investigación, tanto el general como los específicos.

Capítulo V: Diseño metodológico, es decir lo relevante a la investigación partiendo en el tipo de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, procedimiento para garantizar los aspectos técnicos, operacionalización de variables, plan de análisis y tabulación de datos.

Capítulo VI: Se presentan los resultados de la investigación mediante tablas y gráficos estadísticos con el respectivo análisis e interpretación de los mismos.

Capítulo VII: Conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Capítulo IX: Se registra la bibliografía empleada en el desarrollo del proyecto en orden alfabético.

Capítulo X. Los respectivos anexos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la OMS la tuberculosis es “una enfermedad contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca generalmente a los pulmones¹”.

En la actualidad esta enfermedad resulta ser uno de los problemas de salud pública de gran impacto social debido a que la tercera parte de la población mundial es afectada.

En el Ecuador, pese a que la tasa de mortalidad ha disminuido, en el año 2010 se detectaron 5.176 casos de tuberculosis, de los cuales 3.647 son de tipo pulmonar, prevalecientes en personas de entre 25 a 34 años con mayor incidencia en el género masculino.²

Las provincias de mayor prevalencia de la enfermedad son: Guayas, El Oro, Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Napo, Orellana, Pichincha y Santo Domingo de los Tsáchilas.

En el Azuay durante el año 2010 se registraron 118 casos, el 72.2% corresponden a tuberculosis pulmonar, es decir, altamente contagiosa.³

Pese a la existencia del tratamiento para la enfermedad, la realidad que vive el enfermo con tuberculosis pulmonar (resultado positivo) es complicada, en cuando demanda la atención oportuna en el estado psicológico y emocional antes y durante el tratamiento.

La tuberculosis, a más de ser una enfermedad, es una cuestión social relacionada con la pobreza extrema, falta de higiene, falta de luz, sol, desnutrición, alcoholismo, falta de ventilación, entre otros. Además se generan cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, incidiendo en el sufrimiento físico y emocional debido a las transformaciones

de la vida cotidiana que prevalecen incluso luego de superada la enfermedad.

“En ocasiones, el enfermo tiene que encarar la disyuntiva entre seguir el tratamiento o trabajar. Además, la incompreensión de los empleadores, junto con la disminución de la capacidad física de trabajar, contribuyen a la reducción en la participación en actividades productivas y desequilibran la estabilidad psicológica y emocional.^{4”}

En el Área de Salud N° 1, Pumapungo, de la Ciudad de Cuenca, se desconoce el clima psicológico de los pacientes con tuberculosis antes y durante el tratamiento, por lo surge la necesidad de mejorar los impactos del programa (DOTS) que lleva a cabo esta institución y realizar protocolos de prevención de agravantes como enfermedades mentales (depresión), una vez que el paciente culmina el tratamiento o bien sea cuando lo abandona.

En este sentido el factor psicológico es de suma importancia luego de finalizada la etapa médica o una vez abandonado el proceso, pues la relación del individuo con la familia y el entorno social son un punto de apoyo al paciente para estabilizarse y retomar nuevamente su vida y actividades normales.

La razón de la presente investigación es la búsqueda de la respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Existe una relación entre el abandono del tratamiento antifímico y la presencia de factores psicológicos de riesgo en los pacientes del área de salud 1?
- ¿Cuáles son los factores psicológicos de riesgo presentes en los pacientes, luego del abandono del tratamiento antifímico?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El impacto emocional en los pacientes con tuberculosis, es un factor determinante en el posterior desenvolvimiento de la persona, pudiendo enfrentar sentimientos de negación, rechazo, temor, frustración, rebeldía, vergüenza, o culpabilidad. Estos factores, podrían tener incidencia en el desenvolvimiento normal de la persona y en el caso de abandono del tratamiento podrían contribuir a la evolución de la enfermedad.

El agobio emocional desemboca en cambios y adaptaciones tanto del enfermo como de la familia a una nueva dinámica, que también repercute en el uso de los servicios de atención en salud.

“El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la tuberculosis, depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo entorno a la enfermedad, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios que le ocasiona el proceso de tratamiento, la calidad de atención recibida en el establecimiento así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario.⁵”

Es así que los resultados obtenidos con la investigación permitirán conocer datos reales sobre la relación entre los factores psicológicos de riesgo y la estabilidad psíquica y emocional de la persona, puesto que hasta el momento no existen registros de investigaciones que aborden este tema dentro de la localidad.

También se podrá establecer una oportuna promoción en salud enfocada en orientar y fortalecer el bienestar del paciente, promoviendo un clima social favorable, permitiendo mejorar la calidad de vida de las personas.

“Cada persona responde de manera diferente ante la enfermedad, la respuesta depende no sólo de su nivel sociocultural, de su forma de afrontar las crisis, sino inclusive del sistema de seguridad social al cual esté afiliado.



La enfermera debe tratar de conocer y comprender esos factores, para poder ofrecer apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas concretas que formule, darle información precisa y comprensible.⁶”

Es importante disminuir la frustración causada por la pérdida de salud, de allí que el paciente necesita establecer una relación humana confiable, con personas, quienes deben estar dispuestas a comprenderlo y a responder a sus necesidades, pues al final no solo se trata de la tuberculosis como tal, sino el estado psicológico y emocional que puede o no ser constante durante y después del tratamiento ya sea que este finalice de forma normal o sea abandonado el proceso.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Tuberculosis

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador define a la tuberculosis como una enfermedad infecto-contagiosa provocada por diversas especies del género *Mycobacterium*, además indica que es una enfermedad transmitida a través de partículas expelidas por el paciente bacilífero (con tuberculosis activa) con la tos, estornudando, hablando, etc.⁷

Las gotas infecciosas tienen un diámetro entre 0,5 a 5 μm , pudiendo ser producidas alrededor de 400.000 con un sólo estornudo, situación por la cual las personas cuyo contacto, con un paciente contagiado, es frecuente, tienen mayor riesgo de ser infectados.

De acuerdo a diversos estudios, un paciente con tuberculosis activa, que no accede a tratamiento, puede infectar entre 10 -15 personas por año. El problema radica, en que la persona puede tener síntomas comunes a otras enfermedades (fiebre, cansancio, falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados) y por tal motivo se desconoce la gravedad de la enfermedad.⁸

2.1.1. Sintomatología Clínica de la Tuberculosis

Los síntomas de la tuberculosis pulmonar son inespecíficos, pero las formas de presentación más frecuentes suelen combinar una mezcla de manifestaciones sistémicas y respiratorias. Los síntomas generales, sistémicos son los primeros en aparecer, consisten en astenia, decaimiento, fatigabilidad fácil, pérdida del apetito, sensación febril, transpiración y malestar general, con una sensación indefinida de no sentirse bien.

El paciente tuberculoso pierde gradualmente su energía durante un día normal, luego otro de los síntomas se manifiesta con fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida progresiva de peso, irritabilidad fácil, dificultad de concentrarse en el trabajo habitual, trastorno nervioso, dispepsia y otras molestias digestivas igualmente vagas pero muy significativas para el enfermo.

Es por ello que se presenta una fácil confusión con resfríos recurrentes, bronquitis y neumonitis que no mejoran con los tratamientos habituales, inclusive los pacientes manifiestan no tener síntomas y solo después de iniciado el tratamiento se presentan molestias, las mismas que eran atribuidas al exceso de trabajo o problemas emocionales.⁹

Es importante considerar que los síntomas varían de acuerdo a cada paciente y dependiendo de la extensión de la enfermedad. Por ejemplo pueden no presentarse síntomas durante la etapa inicial de la enfermedad debido a que las lesiones inflamatorias son muy pequeñas. La tos por más de 15 días es uno de los principales síntomas de esta enfermedad, en algunos casos se puede producir hemoptisis, en caso de la tuberculosis pulmonar.

En el aspecto psicoemocional, el paciente presenta decaimiento, desinterés por las cosas que normalmente les gustaba hacer, falta de apetito, vergüenza, aislamiento social, falta de aceptación de la enfermedad, en principio lloran y muestran sus sentimientos de culpa, negación, ira, miedo, etc. Se muestran indecisos, susceptibles a la crítica, frustración y sensación de fracaso.¹⁰

2.2. Tipos de tuberculosis

- **Tuberculosis Pulmonar:** es una enfermedad infecciosa, aguda o crónica producida por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que

puede afectar cualquier tejido del organismo, pero que se suele localizar en los pulmones. Su nombre se deriva de la formación de unas estructuras celulares características denominadas tuberculomas, donde los bacilos quedan encerrados. La infección inicial se produce cuando los bacilos tuberculosos consiguen alcanzar los alvéolos pulmonares.

- **Extra-pulmonares:** es una enfermedad infecciosa crónica, localizada en cualquier parte del organismo, fuera de los conductos respiratorios inferiores y del parénquima pulmonar, causada por diferentes especies de *Mycobacterium*, denominadas colectivamente bacilos tuberculosos, con presentaciones clínicas variables y de amplia distribución mundial.

La tuberculosis también puede afectar al ganado vacuno y porcino, y a las aves. Es uno de los padecimientos más antiguamente conocidos y estudiados. La vía de infección usualmente es respiratoria, pero puede ser digestiva en casos de ingestión de leche no pasteurizada de vacas infectadas por *M. bovis*, contacto en caso de personas que manipulan productos animales o enfermos de tuberculosis, y rara vez congénita.¹¹

2.3. Vías de transmisión de la tuberculosis

La persona con tuberculosis, elimina el microbio en las gotitas de saliva al toser o estornudar, dicho microbio puede ser aspirado por una persona sana que esté en contacto frecuente con el enfermo de tuberculosis y así contagiarse.

Para contraer la tuberculosis debe haber generalmente contacto cercano diario con una persona que tenga la enfermedad, por tal motivo la mayoría contrae la enfermedad de personas con quienes comparte mucho tiempo, como por ejemplo, miembros de la familia, amigos, o compañeros de trabajo.

Es por ello que si el paciente tiene tos productiva, debe toser y hablar tapándose la boca, tirar los pañuelos de papel en una bolsa desechable y lavarse las manos después. Además es necesario brindar una buena información sobre la medicación, repasando los puntos principales de la terapia, haciendo énfasis en la necesidad de tomar la medicación diariamente, sin dejar de cumplir la pauta un día.

2.4. Dimensiones socioculturales de la Tuberculosis

Los cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del enfermo, como producto de la Tuberculosis, son sumamente importantes porque inciden en el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones objetivas de la vida cotidiana; y a las que se operan en la subjetividad de las personas.

Entre las consecuencias objetivas de quienes padecen de Tuberculosis está la disminución de los roles sociales desempeñados. Esto se debe tanto a las limitaciones físicas que impone la enfermedad, al consumo de tiempo involucrado en las visitas al establecimiento de salud, como al distanciamiento producido por el carácter infeccioso de la TBC y por las connotaciones sociales.¹²

2.4.1. Estigmatización de la tuberculosis

El impacto emocional en los pacientes, especialmente en el momento de ser informados del diagnóstico positivo son sentimientos de negación, de rechazo, temor, frustración, rebeldía, vergüenza, así como de culpabilidad. Es frecuente la angustia y la depresión apoyada por factores como: desgano vital, alteración del sueño, fatiga, baja autoestima, indecisión y auto culpabilidad.

Muchas veces es el mismo enfermo, es quien, además de sobrellevar el padecimiento objetivo del mal, se agobia aún más pensando que estuvo en sus manos evitar la enfermedad. La culpabilización del

enfermo contribuye a la aflicción, la angustia, a hondos sentimientos de culpa que en algunos casos, dan lugar a su alejamiento, tanto de la familia como del tratamiento.

El sujeto enfermo, en tanto es miembro de una familia, enfrentará su situación social y patológica mediante un conjunto de ideas, valoraciones y conducta que genere en el marco de sus relaciones sociales inmediatas.

El cumplimiento o abandono del tratamiento contra la TBC, depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias en torno a la enfermedad, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario.¹³

Es preciso considerar que todos los factores que pueden afectar al paciente al momento del diagnóstico muchas veces son permanentes, cambiando drásticamente la vida de una persona y pese haber terminado el tratamiento estos cambios son constantes, es decir que puede continuar la culpabilización, angustia e incluso el aislamiento social.

2.4.2.Clima Social Familiar

En el clima social familiar, los miembros de una familia se interrelacionan comunicándose, compartiendo y narrándose experiencias exponiendo ideas, expresando verbal y no verbalmente sus emociones y sentimientos, y es gracias a esta vida en común que una persona puede desarrollarse en diversos aspectos: personal, social, psicosocial entre otros.¹⁴

El clima social familiar es la apreciación de las características socio-ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. “Esta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana.”¹⁵

El clima familiar es el fruto de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, este puede deteriorarse o mejorar en la medida en que se establece relaciones entre dos personas. A menudo nos damos cuenta de que la presencia de una persona puede resultar gratificante si va acompañada de otra y no lo es cuando va sola; la percepción del clima social familiar tendrá un papel decisivo en las diferentes capacidades de sus miembros para establecer relaciones independientes de carácter dual, siendo también núcleo de convivencia de tipo grupal.

“La escala del clima social familiar brinda una medida de la percepción personal e individual de los ambientes tanto escolares como familiares, permitiendo conocer ciertos aspectos de la interacción en la que participa el individuo como un miembro activo.”¹⁶

2.4.3. Funciones de la familia

Cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades que, en el

futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad.¹⁷

Una de las funciones más importantes de la familia es satisfacer las necesidades de sus miembros. Además de esta función, la familia cumple otras funciones, entre las que se puede destacar:

- La función biológica, que se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistencia.
- La función económica, la cual se cumple cuando una familia satisface la necesidad de tener vestuario, educación y salud.
- La función educativa, que tiene que ver con la transmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente, ingresar a la sociedad.
- La función psicológica, que ayuda a las personas a desarrollar sus afectos, su propia imagen y su manera de ser.
- La función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras.
- La función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar distintas situaciones, ayudarse unos con otros, competir, negociar y aprender a relacionarse con el poder.
- La función ética y moral, que transmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás de la familia hacer todo lo posible para lograr esto.

2.4.4. Modelos teóricos del bienestar psicológico

El bienestar psicológico no cuenta con una sola teoría explicativa, si no que existen varias teorías en que enfatizan diferentes aspectos que son:

- a) Teoría de la autodeterminación: Parte del supuesto que las personas puedan ser proactivas y comprometidas o bien, inactivas o alienadas y que dependería como una función de la condición social en la que ellos se desarrollen y funcionan.¹⁸

Los seres humanos tendrían ciertas necesidades psicológicas innatas e integradas y que además, los ambientes sociales en que se desarrollen fomentarían o dificultaría estos procesos positivos. Estos contextos sociales son claves en el desarrollo y funcionamiento exitoso. Los contextos que no proporcionan apoyo para estas necesidades psicológicas contribuyen a la alienación y enfermedades del sujeto.

- b) Modelo multidimensional del bienestar psicológico: Está basado sobre desarrollo humano; y propone que el funcionamiento psicológico estaría conformado por una estructura de seis factores: auto aceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones positivas con otros, dominio medio ambiental y autonomía.¹⁹

- Autoaceptación: está determinada por el grado en que la persona se siente satisfecha con sus atributos personales. Este es un rasgo central de la salud mental. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento Psicológico Positivo.
- Vínculos psicosociales: son las relaciones de confianza con otros, se caracteriza porque la persona tiene la capacidad de amar, esta capacidad disminuye el estrés e incrementa el Bienestar Psicológico.

- Control de las situaciones: es la capacidad personal para hacer uso de sus propios talentos e intereses, así como de las opciones que se vayan presentando. Es la participación activa en el medio ambiente que permite funciones psicológicas positivas.
 - Crecimiento personal: es el nivel en que la persona se encuentra abierta a nuevas experiencias, obteniendo logros, enfrentándose a retos que la vida le presenta.
 - Proyecto de vida: es cuando la persona establece objetivos, tiene sentido de dirección y una intencionalidad en la vida.
 - Autonomía: para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación) y mantener su independencia y autoridad personal.
- c) Modelo de acercamiento a la meta: son las diferencias individuales y los cambios de desarrollo en los marcadores de bienestar, las metas y los valores son guías principales de la vida; mientras que las luchas personales (lo que los individuos hacen característicamente en la vida diaria) son metas de un orden inferior.²⁰

Este modelo plantea que los marcadores del bienestar varían en los individuos dependiendo de sus metas y sus valores. La premisa es que la gente gana y mantiene su bienestar principalmente en el área en que ellos le conceden especial importancia y esto en la medida en que los individuos difieren en sus metas y valores, ellos difieren en sus fuentes de satisfacción.

2.5. La familia y el enfermo con tuberculosis

El apoyo emocional es considerado importante por los pacientes, quienes señalan que hay diversas formas de cómo lo obtienen, uno de ellos es tener

personas muy cercanas como los padres, los hermanos que brindan mucho afecto, cariño, motivación para seguir adelante, así como un apoyo incondicional, alentando a terminar el tratamiento, además pueden mantener diálogos en los que manifiestan sus dudas, temores, preocupaciones.

En este ámbito el entorno familiar juega un papel muy importante como red de soporte social durante el proceso de la enfermedad actuando en un clima social rehabilitador.

Los cambios en la dinámica familiar del enfermo son sumamente importantes y cruciales porque inciden en el sufrimiento físico y emocional, debido a las transformaciones objetivas de la vida cotidiana (disminución de los roles sociales) y las que ocupan en la subjetividad de las personas (discriminación social) en el contexto de las relaciones que se contribuyen entre el individuo y el entorno.²¹

Así mismo la paciencia que solicitan los pacientes a sus familias está relacionada a las limitaciones temporales que impone la enfermedad ya que han dejado de trabajar y necesitan tiempo para recuperarse.

Lo fundamental es la percepción de la disponibilidad de ayuda, que cada individuo debe contar con personas que lo aman, aceptan y valoran, se preocupan por él y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudarlos cuando lo necesitan. El estar en compañía de algún familiar y el sentir que son queridos y no sufrir alejamientos, es su principal apoyo.

El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la TBC depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la TBC, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios de apoyo o soporte afectivo, familiar y comunitario al momento de experimentar la condición de enfermo con tuberculosis.²²

Los enfermos de TBC – FP perciben que el área de apoyo emocional es la más importante del soporte social, con el cual podrían fortalecer su autoestima, valoración y compromiso para entrar en un largo tratamiento antituberculoso, pero esto no se da efectivamente en la red social.

Los pacientes señalan que el apoyo emocional es el aspecto más importante dentro de sus familias, considerado por las teorías como el principal soporte social, no olvidemos que un paciente sin esta red de apoyo familiar está más predispuesto a intensificar sentimientos de tristeza, pena, frustración o en el peor de los casos síntomas de depresión, conllevando a debilitar la adherencia al tratamiento. También señalan algunos informantes sobre el apoyo que reciben por parte de sus hermanos, tanto el apoyo emocional como el apoyo económico, necesario para el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.²³

En un estudio sobre las diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar, realizado en el estado de Veracruz, México, se indica que además de las esposas y ex esposas de los enfermos, un apoyo importante, observado en este trabajo, fue el de las hermanas del enfermo. La vivienda de 8 de los 9 enfermos tienen residencia virilocal (residencia de los recién casados) y comparten el terreno con sus hermanos y demás familiares. Esta cercanía territorial permitió que las hermanas estuvieran al pendiente del hogar, y por ende, de todo lo que acontecía dentro de él, al darse cuenta que sus hermanos estaban enfermos, los motivaron para que acudieran con algún terapeuta.²⁴

En un estudio antropológico sobre la Tuberculosis, se señala que los distintos actores entrevistados (personal de salud, comunidad y pacientes) destacan la importancia de tres tipos de soporte social que el enfermo recibe de la familia: apoyo tangible consistente en proporcionarle alimentos y otros bienes materiales, así como vigilar el tratamiento: soporte emocional, proporcionándole compañía, ánimo y motivación.²⁵

2.6. Tuberculosis e Interacción Social

Las estructuras grupales suelen ejercer un condicionamiento sobre la conducta individual en el desarrollo de estrategias de cambios adecuados. La interacción social y/o soporte social pueden estimular la recuperación de la salud; por lo que la familia es un grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior de la cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/atención.

El sujeto enfermo, en tanto miembro de una familia, enfrentara su situación social y patológica mediante el conjunto de ideas, valoraciones y conductas que genere en el marco de sus relaciones sociales inmediatas.

En un estudio sobre las redes de soporte social y salud, se define que en la medida en que la red social le proporcione asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red le proporciona soporte social.²⁶

Los pacientes solicitan el apoyo emocional de la familia en todo momento, especialmente de sus madres, que les muestren cariño, consideración y comprensión. Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas, que pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo, la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad, así como algunos necesitamos más agua, más alimento o más sueño.

La necesidad de cualquier paciente es la de aceptación, que abarca todas las demás, es decir la de ser reconocido como un ser humano único y especial; con su propia historia, sus propias circunstancias y su propia vivencia de la enfermedad. La presencia del apoyo no solo es el cuidado e interés, sino también el afecto y compañía que tanto necesita el ser humano.

2.7. Vivencias y necesidades emocionales del paciente con tuberculosis

Los rasgos de personalidad del paciente determinan en términos generales el tipo y la calidad de relaciones que establecen con los demás, incluyendo al personal de salud; los mecanismos de defensa que emplea, los recursos con que cuenta y sus modalidades de enfrentar las situaciones de crisis, las interpretaciones que da a los sucesos de su vida y especialmente sus actitudes básicas de lucha y claudicación ante las dificultades.²⁷

Una forma de lesionar la autonomía del paciente, es no permitirle preguntar tanto a él como a su familia, lo que necesitan. Se presentan temores hacia el futuro, hacia las pérdidas que la enfermedad podría traer, como el empleo, la estabilidad económica, los planes o ilusiones, etc.

Es así que cada individuo responde de manera diferente ante la enfermedad, la respuesta depende no sólo de su nivel socio – cultural, de su forma de afrontar las crisis, sino inclusive del sistema de seguridad social al cual esté afiliado. La enfermera debe tratar de conocer y comprender esos factores, para poderle ofrecer apoyo, reforzar las defensas, hacerlo sentir protegido y seguro, responder a las preguntas concretas que formule, darle la información precisa y comprensible.

Es útil animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos, reflexiones y permitirle que exprese lo que siente; miedo, ira, ansiedad, tristeza, con el fin de disminuir la frustración causada por la pérdida de salud, de allí que el paciente necesita establecer una relación humana confiable, con personas dispuestas a comprenderlo y a responder a sus necesidades.

En esta relación el paciente necesita ser reconocido como una persona con un nombre, una familia y una historia; y no como un órgano lesionado, necesita alguien que le diga y le explique lo que sucede, lo que va a hacer, pero que explore cuales son las percepciones erróneas o no, que él tiene de

su enfermedad, sus causas, el tratamiento, y le puedan dar respuesta a sus temores y aprehensiones y así ganar su confianza y obtener su colaboración en el tratamiento.

Las necesidades emocionales son requerimientos psicológicos o mentales de origen intra-psíquico que suele centrarse en sentimientos básicos como amor, confianza, autoestima, autorrealización e identidad que evidentemente el paciente precisa satisfacer con ayuda para mantener el equilibrio y lograr bienestar, estos autores dividieron estas necesidades en tres puntos:²⁸

- a) Aceptación: Las necesidades de aceptación consisten en la disposición de comprensión del significado que para la persona tienen sus actividades, comportamiento y respuestas a las situaciones sin hacerle juicios morales, es por ello que el profesional de enfermería debe identificar esta necesidad para ayudar al enfermo en su satisfacción, proporcionándole estimulación de sus recursos como persona, con el mayor interés y disposición.

La forma más visible y clara de acogida y de aceptación es la escucha activa, escuchar activamente consiste en utilizar todos los sentidos para captar la experiencia de quien se comunica, aceptar incondicionalmente pues, supone no escaparse con racionalizaciones o abstracciones, sin centrarse en la persona que nos comunica sus sufrimientos; centrarse en el significado que para ella tiene cuanto le acontece. Por ello es relevante en esta necesidad tener actitudes como:

- Prestar atención a través del comportamiento no verbal, esto proporciona al paciente el mensaje de que el escucha se interesa por él.
- Prestar atención observando el comportamiento no verbal del paciente, el cual suele aportar sobre todo la dimensión emocional del mensaje, las reacciones del interlocutor y su disponibilidad a comunicarse.

- Prestar atención escuchando el comportamiento verbal.
- Escuchar activamente, con empatía, es decir, poniéndose en el punto de vista del paciente.
- Reformular el mensaje del paciente, con objeto de que exprese en forma resumida el contenido de la relación.

b) Suficiencia: En la necesidad de suficiencia se refiere a establecer y mantener relaciones satisfactorias con el enfermo, tomar decisiones de respeto mutuo, responsabilidad y consuelo. El profesional de enfermería debe ayudar al enfermo a asumir responsabilidades y a tomar decisiones para con su tratamiento, que le servirá para aumentar el sentido de autosuficiencia a través de orientaciones y asignaciones de actividades en su auto cuidado.

Uno de los tipos de temores más frecuentes en los pacientes está ligado a la falta de autonomía: El paciente teme ser ignorado o no consultado, sometido a tratamientos en contra de su voluntad y sometido al poder que ejerce el médico o la enfermera, y son ellos los que deciden y mandan amparándose mucho a que son los que saben del problema y que el paciente no tiene conocimientos “para entender”. El paciente teme ser regañado, rechazado y perder su cuidado, con lo que se reactiva la ansiedad central del desvalimiento.²⁹

c) Afecto: En este orden, la necesidad de afecto es esencial y representa los requerimientos de establecer con otras personas una relación de concesiones mutuas basadas en la empatía y simpatía. Para tal fin el profesional de enfermería debe acondicionar un ambiente propicio que facilite la interrelación con los pacientes y los miembros de la familia.

Todo ello es importante pues la adhesión del enfermo al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre el cliente, el personal de salud entre ellos el enfermero y el establecimiento de salud.

Además de contribuir a la formación de la percepción del usuario sobre la calidad de atención, proceso que va más allá del simple conocimiento de nuestro entorno a través de los estímulos sensoriales.

Watson considera entre sus principales definiciones el afecto no posesivo que se muestra mediante un tono moderado al hablar, un gesto abierto y relajado y expresiones faciales congruentes con otras formas de comunicación.

2.8. Apoyo emocional ante la enfermedad de tuberculosis

El apoyo emocional como intercambios que connotan una actitud emocional, positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro: es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.

No hay fórmulas claras y sencillas para dar apoyo psicológico ante la enfermedad, éste es básicamente un problema de motivación, de actitud y de capacitación. Del deseo auténtico de ayudar y respetar y de una actitud abierta a comprender al enfermo como persona viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que afecta sus emociones, sus relaciones, sus actividades y aun sus posiciones existenciales y espirituales.³⁰

Una actitud abierta a reconocer que la relación del equipo de salud con el paciente, no es una relación neutra ni objetiva, sino una relación interpersonal profunda, que como toda relación, involucra aspectos de personalidad de ambos sujetos y que moviliza sentimientos más o menos conscientes de ambas partes.

Cuando un profesional de salud, generalmente presionado por el tiempo, está frente al paciente, se centra en obtener de él algunos datos demográficos básicos como nombre, identificación y número de carné o

afiliación y con frecuencia pasa por alto su estado emocional. Se interesa no por la persona sino por los síntomas y signos que le permitan definir un diagnóstico, olvidando que el paciente es una persona integral que tiene una queja presente, que es influido tanto por sus experiencias pasadas como por sus proyecciones o ansiedades futuras.

También la creación de un sistema de apoyo entre personas que se encuentran en circunstancias similares puede tener grandes beneficios para la salud emocional y consecuentemente, la salud física de los pacientes y es en un escenario grupal, donde los pacientes, con la misma enfermedad y tratamiento pueden compartir experiencias, sentimientos y estrategias para sobrellevar su enfermedad, y ayudarse mutuamente a aceptarla.

La personalidad del paciente, en algunos casos, también es una limitante para establecer una adecuada relación por lo que el brindar confianza así como la amabilidad para que ellos expresen sentimientos, dudas, molestias porque un paciente tímido jamás manifestará todo ello si no existe la empatía, es decir, el colocarse en el lugar del otro.³¹

2.9. Aspectos psicológicos en las enfermedades

Las personas cuando se enferman experimentan una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que deben tener en cuenta durante la evaluación diagnóstica, a lo largo del tratamiento e incluso luego de él. Es preciso no perder de vista la consideración permanente a la calidad de vida del paciente con tuberculosis.

El estrés, la ansiedad y la depresión son estados psicológicos que logran predisponer al desarrollo de diferentes enfermedades. Las emociones se consideran como procesos adaptativos que activan el organismo ante los cambios del medio ambiente de tal forma que movilizan una serie de recursos psicológicos.

En este sentido es evidente que una respuesta adaptativa es capaz de repercutir directamente en la salud y generar episodios agudos, agravando la enfermedad y favoreciendo a la adopción de conductas de riesgo. Las emociones negativas influyen en la salud a través de diferentes modos y momentos del proceso de la enfermedad e incluso luego de superarla.

La función primordial de la emoción es la de organizar dicha activación psicológica y orgánica, para lo cual genera, no sólo cambios fisiológicos, sino alteraciones en otros procesos psicológicos como, por ejemplo, la atención, la percepción y la memoria, con el fin de dar una respuesta eficaz y rápida a la situación en el paciente está inmerso.³²

La respuesta emocional puede ser perjudicial a largo plazo en tanto se constituye en un factor que, relacionado con otros más específicos, desencadena enfermedades. Así, y tomando en cuenta las evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales puede afirmarse que tanto el estrés como la ansiedad y la depresión constituyen un riesgo para la salud, además afectan los hábitos de salud y, por lo tanto, la calidad de vida, pudiendo distorsionar la conducta de la persona durante y después del tratamiento.

En términos generales, la respuesta nerviosa y la hormonal definen las líneas de adaptación a los estímulos ambientales. Sin embargo, muchas veces la respuesta adaptativa es causada por enfermedad (tuberculosis), en especial en casos de estrés no prolongado o interno.

Por otra parte, la personalidad puede ser un factor psicológico importante en el desarrollo y evolución de algunas enfermedades. En este sentido los modos de interpretar las situaciones estresantes y las consiguientes respuestas adaptativas permiten distinguir diferentes perfiles de personalidad, también llamados patrones de conducta. Tradicionalmente, se han definido tres tipos de personalidad, a su vez, relacionados con diferentes trastornos de salud: los tipos A, B, y C.³³

Tabla N° 1

	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Rasgos psicológicos	Hiperactivo Rápido Impaciente Hiperactivo Hostil Competitivo	Relajado Tranquilo Confiado Atento a la satisfacción y el bienestar personal	Cooperador Pasivo No asertivo Apacible Conformista
Relaciones interpersonales	<u>Problemática</u> Dominancia Tensión Agresividad	<u>Relajada</u> Expresión de emociones	<u>Sumisa</u> Deseo de agradar Control de la ira
SN Conceptual	Sistema lucha – huida Sistema inhibitor de la acción	Sistema de recompensas	Sistema inhibitor de la acción

Fuente: Laham, M. (2001).

Las personas que se encuentran bajo el patrón de conducta tipo A presentan una respuesta autonómica al estrés (por la activación del sistema simpático adrenal) y están más propensos a padecer enfermedades cardiovasculares.

En el tipo B, se encuentran sujetos relajados y abiertos a las emociones, tanto positivas como negativas. Existe una mayor participación en los mecanismos de adaptación o respuesta al estrés, sin embargo pueden ser desencadenantes, en algunos casos, de procesos neuróticos y depresivos.

En el patrón de conducta tipo C se ubica a personas obsesivas, introvertidas, que interiorizan su respuesta al estrés. Presentan una mayor predisposición a contraer infecciones, alergias, dermatitis varias, reumas y hasta cáncer. Su respuesta de estrés afecta su sistema inmunológico.³⁴

En cada persona la probabilidad de riesgo de diferentes disfunciones varía de acuerdo al tipo de respuesta adaptativa y de la fortaleza o debilidad de cada uno de los sistemas implicados en la respuesta.

2.10. Factores que intervienen en la forma de reaccionar del paciente

La enfermedad supone enfrentarse a un mundo desconocido y negado, de tal forma que cuando alguien se enferma experimenta una serie de reacciones emocionales, las cuales deben ser consideradas por el médico. Algunos de los factores que intervienen en esas reacciones son la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

La personalidad del paciente influye en los mecanismos de defensa que utiliza, por ejemplo las personas dependientes se valen de la regresión a estados precoces del desarrollo y manifiestan su necesidad de ayuda, mientras que quienes son muy independientes corren el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

También existen tipos patológicos de personalidad o los llamados trastornos de personalidad que interfieren en un grado importante con la actividad clínica.

En el caso de personalidades inseguras la persona manifiesta su miedo a perder el control sobre sus vidas; o catalogan a su entorno en bueno y malo, de tal forma que es más difícil su tratamiento; los pasivos-agresivos tienden a ser irritables y demandantes cuando se enferman.

Tomando en cuenta la edad, los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad e incluso buscar diferentes opiniones con la esperanza de obtener un diagnóstico acorde a sus creencias. En el caso de los pacientes ancianos, suelen tener mayor aceptación respecto a los problemas médicos.

En cuanto a la complejidad de la dinámica familiar, ésta afecta el comportamiento del paciente. Por ejemplo, la ansiedad del esposo se transmite al paciente.

Es preciso considerar que todas las personas, al perder su estado de bienestar (salud), tratan de encontrar una significación a su enfermedad de acuerdo a sus vivencias fundamentadas en los conceptos sociales, morales, religiosos, edad, sexo, raza, así como su constitución y su personalidad. Algunos pacientes piensan en su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y para soportar el sufrimiento, otros la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento de tal forma que toman actitudes negativas frente a la sociedad y consigo mismos incluso una vez finalizado el tratamiento.³⁵

2.11. Reacciones del paciente luego de finalizar o abandonar un tratamiento médico

Las reacciones psicológicas que los pacientes presentan durante una enfermedad, deben atenerse al patrón de las conductas e frustración propias del estado. Es decir que los mecanismos defensivos tratan de luchar contra la angustia y los temores ligados a la enfermedad y se enfrentan con las frustraciones de tal forma que establecen nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

La enfermedad es uno de los acontecimientos más representativos a la hora de experimentar amenaza y angustia, es por ello que el individuo enfermo emplea mecanismos de defensa que incluso utiliza ante otras situaciones estresantes y hasta luego de haber finalizado el tratamiento o de haberlo abandonado. Entre los mecanismos de mayor incidencia están:³⁶

- a) **Regresión:** las enfermedades que implican reposo en cama, hospitalización o terapias de rehabilitación y readaptación, tienen una respuesta emocional en la que el individuo abandona su

independencia y determinación y retrocede a estados precoces del desarrollo, es decir cuando eran pasivos y dependientes de otros.

- b) Evasión:** estese presenta en forma de rechazo a la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, en el cual el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido al acontecer de su enfermedad. Esto ocurre con especial frecuencia a los enfermos tuberculosos pulmonares.
- c) Agresión:** consiste en proyectar sobre el médico o el personal de salud la razón de algunos incidentes desfavorables como por ejemplo el origen de la enfermedad y sus posibles complicaciones, la lentitud con que se produjo el proceso de curación o cualquier otra circunstancia frustrante. Estas personas suelen desarrollar una conducta verbal agresiva y desconfiada.
- d) Inculpación:** el paciente se siente culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y por lo general trata de aislarse. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la culpa en estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces ocurre en un serio cuadro depresivo o en un acto de suicidio.
- e) Negación:** el individuo procura eliminar aquellos sentimientos o pensamientos desagradables, ocultando los efectos de la enfermedad o actuando como si no hubiese sucedido nada. Esta es una respuesta emocional común sobre todo en los ancianos. La negación a la enfermedad se produce por 3 vías:
 - **Masoquista:** se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo y merecido.
 - **Ganancial:** alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatuto del enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

- **Hipocondriaca:** escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

f) Represión y supervisión: la persona trata de eliminar los sentimientos o pensamientos desagradables. En la supresión el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. En la represión se rechaza o no identifica de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

2.12. Hipótesis

Los factores psicológicos como: el estrés con 15%, factores emocionales en un 15%, la personalidad con el 20%, el afrontamiento de la enfermedad 30% y el comportamiento con el 20%, inciden en el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo.

CAPÍTULO III

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Datos generales

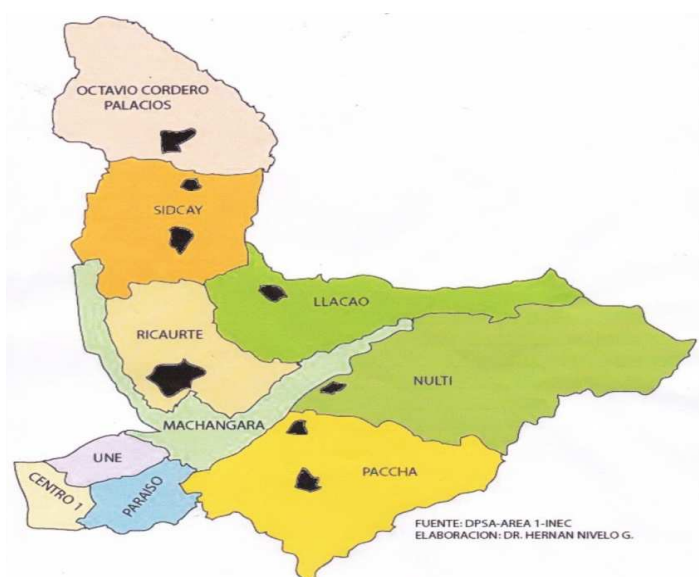
Nombre de la institución: El Área de Salud 1, Pumapungo.

Modalidad: Diurna.

Institución reguladora: Ministerio de Salud Pública.

Cobertura: San Blas, Sidcay, Nulti, Llacao, Machangara, Octavio Cordero, Paccha, Cañaribamba, Ricaurte y Totoracocho.

Imagen N° 1



Fuente: Centro de salud N° 1

La Jefatura del Área se encuentra ubicada en la parroquia Cañaribamba. Las unidades operativas brindan atención de primer nivel y el Centro de Salud 1 se constituye en el lugar de referencia de los Subcentros y Centros del área. Además, cuenta con un Centro de Salud Mental y otro de atención para recién nacidos de alto riesgo Psico-neuro-sensorial (NAR) que funciona en las dependencias de la Jefatura de Área, estos centros son de referencia de las propias unidades, como de otras dependencias del Ministerio de Salud.

3.2. Unidades operativas de salud

El Área de Salud 1 cuenta con 15 unidades operativas, de éstas, 7 son centros de salud, 5 sub-centros de salud y 3 puestos de salud, los mismos que se encuentran distribuidos en las parroquias de: San Blas, Sidcay, Nulti, Llacao, Machàngara, Octavio Cordero, Paccha, Cañaribamba, Ricaurte y Totoracocha.

A continuación se detalla la Distribución de Unidades Operativas del Área de Salud 1, por parroquias y tipología.

Tabla N° 2

Parroquia	Unidad operativa	Tipo
San Blas	Jefatura de Área- Centro de Salud 1 Centro de Salud Mental Buena Esperanza NAR	C.S C.S.M C.S. N.S
Sidcay	Sidcay San José de Sidcay Ochoa León	S.C.S P.S P.S
Nulti	Nulti Challuabamba	S.C.S P.S
Llacao	Llacao	S.C.S
Machàngara	Machàngara	C.S
Octavio Cordero	Octavio Cordero	S.C.S
Paccha	Paccha	S.C.S
Cañaribamba	Paraíso	C.S
Ricaurte	Ricaurte	S.C.S
Totoracocha	UNE – Totoracocha	S.C.S

Fuente: Área 1. Dr. Hernán Niveló-Sala situacional 2012

3.3. Descripción institucional

- **Misión Institucional:** brindar servicios de atención primaria de salud ambulatoria con calidad, calidez, eficacia y eficiencia, equidad, basado en el 30 Plan Estratégico Área de Salud 1 Pumapungo modelo de salud dirigida al individuo familia y comunidad con enfoque cultural, para satisfacer sus necesidades y así mejorar su calidad de vida.³⁷
- **Visión Institucional:** tener una comunidad con condiciones de vida saludables, acceso gratuito y universal a los servicios de salud integral con énfasis y atención primaria, conformando una red de servicios complementarios centrados en las personas, familia y comunidad, que garantice prestaciones de alta calidez, calidad, eficiencia, solidaridad, equidad, respeto a la cultura ancestral, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, la participación activa de todos sus actores y con talento humano comprometido, capacitado, estable, en un ambiente agradable.³⁸

3.4. Servicios que ofrece el área de salud N° 1 Pumapungo por unidades

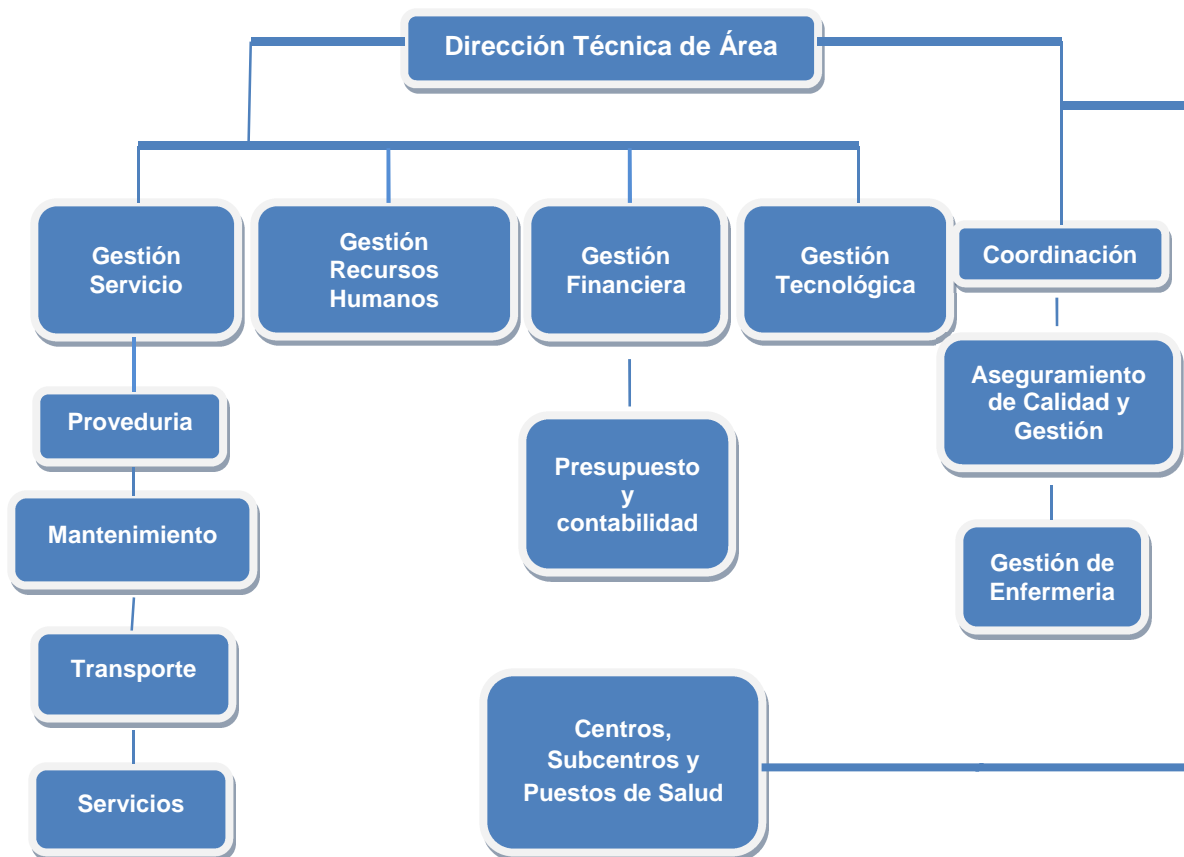
Tabla N° 3

Servicios de salud	Unidades operativas										
	CS1	Paraíso	Machángara	UNE	Ricaurte	Sidcay	Llacao	Octavio Cordero	Nulti	Paccha	Cumbe
Medicina general	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Pediatría	x										
Ginecología	x										
Obstetricia	x	x									
Odontología	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Salud mental											x
Enfermería	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estadística	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trabajo social	x										
Radiología medica	x										
Radiología odontológica	x	x			x						
Ecografía	x										
Electrocardiograma	x				x						
Colposcopia	x										
Laboratorio	x	x	x	x	x						
Farmacia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Control Sanitario	x			x	x						

Fuente: Área 1.Dr. Hernán Niveló-Sala situacional (2012)

3.5. Estructura orgánica del área de salud N° 1Pumapungo

Imagen N° 2

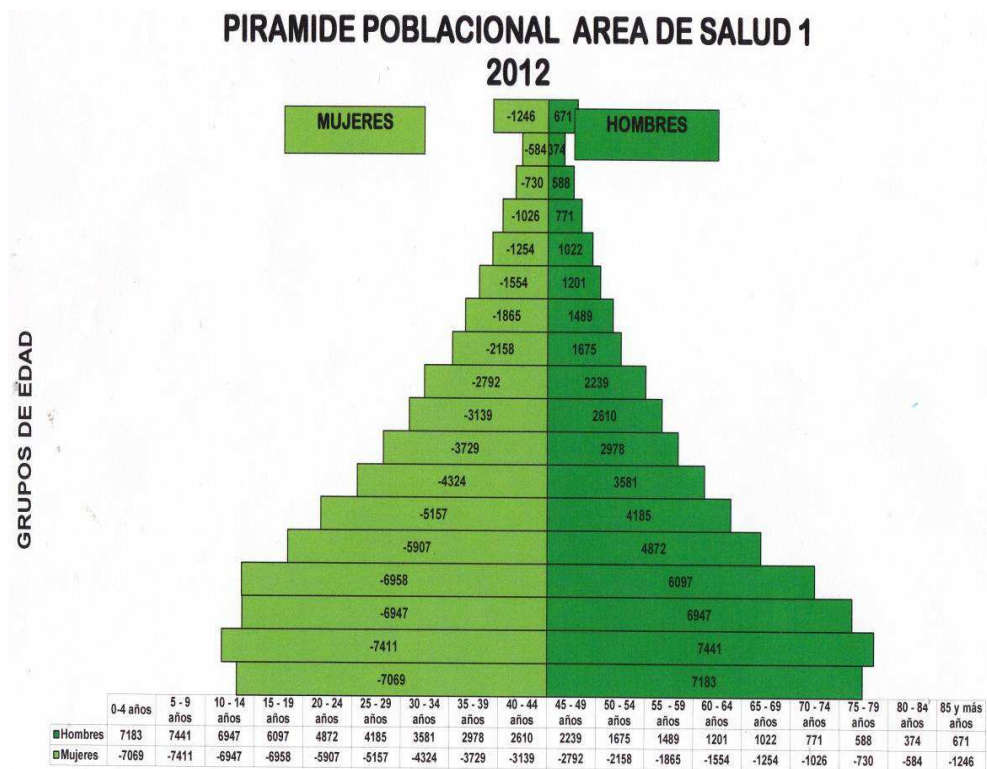


Fuente: Área 1.Dr. Hernán Niveló-Sala situacional 2012

3.6. Población de Influencia del área de salud N° 1Pumapungo

La población de influencia del Área de Salud 1, de acuerdo a su pirámide poblacional es de base ancha similar a la del país, se trata de una población mayoritariamente joven en edades comprendidas entre los 0 y 19 años; se observa además un ligero predominio de la población femenina sobre la masculina con una diferencia significativa en las edades de 85 años y más.³⁹

Imagen N° 3



Fuente: Área 1. Dr. Hernán Niveló-Sala situacional 2012

CAPÍTULO IV

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo General

- Determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1, Pumapungo. Cuenca 2012.

4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a los/as pacientes diagnosticados con tuberculosis de acuerdo a: edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, estado civil.
- Identificar los factores psicológicos intrínsecos y extrínsecos que afectan al paciente con tuberculosis.
- Determinar qué factores psicológicos son los que inciden para el abandono o desapego del tratamiento.

CAPÍTULO V

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio de tipo analítico retrospectivo, cuantitativo por cuanto se analizan los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso, y luego se presentan los datos en forma cuantitativa.

5.2. Área de estudio

Área de Salud 1, Pumapungo ubicado en el Cantón Cuenca, provincia del Azuay, en la avenida Huayna Capac.

5.3. Universo

El universo comprende a todos los pacientes con tuberculosis que se diagnosticaron en la Ciudad de Cuenca durante el año 2012. La muestra está constituida por 14 pacientes diagnosticados con tuberculosis que pertenecen al Área de Salud N° 1 Pumapungo.

5.3.1. Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes mayores de 15 años con diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis que se registraron en el Área de salud N° 1.
- ✓ Participación voluntaria de los pacientes y que hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Pacientes de ambos géneros.

5.3.2. Criterio de Exclusión

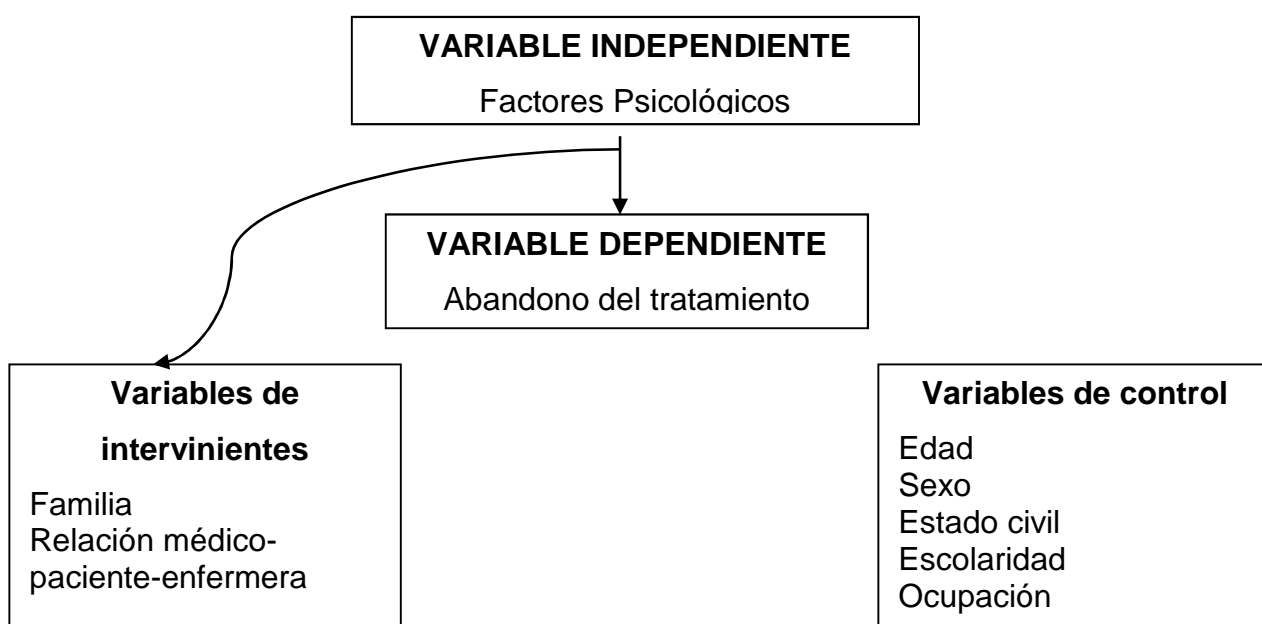
- ✓ Pacientes que no respondieron a todos los ítems del instrumento de investigación, no se tomarán en cuenta.
- ✓ Pacientes que hayan sido referidos a otras áreas de salud.
- ✓ Pacientes que a pesar de firmar el asentimiento y consentimiento, deciden no participar en la investigación.

5.4. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Para la presente investigación, se presentó una solicitud dirigida a la Dra. Jannet Román, Directora Técnica del Distrito 01D01, quien consintió la realización del proceso investigativo, también se contó con el consentimiento informado por escrito de los pacientes encuestados con el fin de mantener concordancia con las normativas nacionales en materia de bioética.

Las encuestas aplicadas no implicaron riesgo o daño para la integridad de los usuarios y no tuvieron costo alguno. Cabe acotar que el presente estudio contó con la aprobación del comité de Bioética de la FCCMM.

5.5. Asociación empírica de variables



5.6. Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Factores psicológicos	Independiente Cuantitativa	Características o circunstancia detectable de una persona que se sabe asociada con la probabilidad de cambios de conducta.	Factores emocionales	Estado de animo	Tristeza Alegría Equilibrado Ansiedad Irritable
			Personalidad	Tipo de personalidad	Agresivo Pasivo Asertivo
			Estrés	Nivel de estrés	Alto Moderado Leve Ninguno
			Afrontamiento de la enfermedad	Forma de afrontar la enfermedad	Aceptación Negación Indiferencia
			Comportamiento	Categoría de comportamiento	Saludable De riesgo
Abandono del tratamiento	Dependiente	Deserción, terminación prematura o temprana de un proceso terapéutico solicitado.	Adhesión al tratamiento	Nivel de compromiso en el tratamiento	Alto Medio Bajo

Edad	Control	Periodo biológico en los que se divide la vida humana	Biológica	Edad en años	15 a 24 años 25 a 34 años 35 a 44 años 45 a 54 años 55 a 64 años 65 años y mas
Sexo	Control	Condición biológica del ser humano	Biológica	Genero	Femenino Masculino
Estado civil	Control	Condición de una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Condición civil	Estado civil	Soltero/a Unión estable Casado/a Divorciado/a Viudo/a
Nivel de instrucción	Control	Conjunto de cursos (niveles o grados) seguidos en un establecimiento docente	Social	Nivel alcanzado	Analfabetismo Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta
Ocupación	Control	Actividad que realiza o realiza, entendido como el conjunto de tareas desempeñadas	Actividad económica	Tipo de ocupación	Patrono o socio activo Trabajador cuenta propia Quehaceres domésticos Trabajador

					remunerado Trabajador privado Trabajador publico Obrero, jornalero o peón Jubilado Estudiante
Familia	Interviniente	Unidad domestica básica integrada por un conjunto de personas que mantienen relaciones consanguíneas de parentesco; el grupo familiar vive la realidad de la enfermedad y sufre los impactos de la situación, pero en muchos casos puede manifestarse independiente o indiferente a ella	Entorno familiar	Actitud de la familia	Apoyo Rechazo Indiferente
Relación médico- paciente- enfermera	Interviniente	Interacción entre el médico, el paciente y la enfermera con el fin de apoyar el proceso de recuperación	Interacción	Satisfacción	Excelente Bueno Regular Malo

5.7. Técnicas e instrumentos

5.7.1. Técnicas

- **Análisis documental:** Bibliografía nacional e internacional, informes, registros y normas nacionales vigentes.
- **Encuesta:** A través de un formulario de preguntas y respuestas dirigida a las personas diagnosticadas con tuberculosis.
- **Visita domiciliaria:** para aplicación de encuesta mediante entrevista directa.

5.7.2. Instrumentos

- Se utilizó un formulario de aplicación directa por la investigadora. Ver formulario (Anexo 1).

5.8. Plan de recolección de datos

5.8.1 Autorización

Se solicitó mediante oficio la autorización de la Directora Técnica del Distrito 01D01 del que paso a formar parte el Área N° 1, Pumapungo para la realización del estudio. (Anexo 2)

5.8.2 Procedimiento.

- Se coordinó con la Lcda. Pacheco responsable del Programa DOTS del Área N° 1 quien facilitó la información desagregada por unidades operativas y a su vez con esta información se coordinó con el personal de enfermería de cada unidad operativa donde se registraron los casos, con el fin de obtener las historias clínicas para realizar el levantamiento de la información.

- Posteriormente se procedió a las visitas domiciliarias para la aplicación de la encuesta directa.
- Una vez identificado el usuario se procedió a informar verbalmente y por escrito el consentimiento informado.
- Los pacientes llenaron y firmaron la hoja del consentimiento informado y se procedió con la encuesta.

5.9. Plan de tabulación y análisis de resultados

Una vez recolectados los datos se procedió a la codificación de los formularios; para ello se clasificó por variables: edad, sexo, curso, factores psicológicos de riesgo en el abandono del tratamiento antituberculoso.

La información fue obtenida mediante una encuesta para luego realizar el análisis correspondiente.

Se utilizaron las frecuencias y porcentajes para la tabulación de los datos, los que fueron presentados en tablas.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS

Tabla N° 4
Género de los informantes

Género	Frec.	%
Femenino	4	29%
Masculino	10	71%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

De acuerdo al género de los informantes se registra mayor incidencia en los hombres con el 71%, las mujeres representan el 29%.

Tabla N° 5
Edad de los informantes

Edad	Frec.	%
De 15 a 24 años	2	14%
De 25 a 34 años	4	29%
De 35 a 44 años	2	14%
De 45 a 54 años	2	14%
De 55 a 65 años	1	7%
65 años y más	3	21%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

La edad en la que se presenta la enfermedad con mayor frecuencia corresponde entre los 25 a 35 años con el 29% de participación, seguido de las personas entre los 65 años y más.

Tabla N° 6
Estado civil de los informantes

Estado civil	Frec.	%
Casado/a	8	57%
Soltero/a	3	21%
Unión Libre	2	14%
Divorciado/a	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.
Elaborado por: La autora.

De acuerdo a los resultados, se observa que el 57% tiene una relación de pareja formal bajo el amparo del matrimonio, el 21% es soltero/a, el 14% unión libre y el 7% divorciado.

Tabla N° 7
Nivel de educación de los informantes

Educación	Frec.	%
Primaria completa	4	29%
Primaria incompleta	4	29%
Secundaria completa	3	21%
Secundaria incompleta	2	14%
Superior incompleta	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.
Elaborado por: La autora.

Los informantes se caracterizan por que su nivel de educación corresponde a primaria completa el 29% e igual participación para quienes tienen primaria incompleta, el 21% tiene Secundaria completa y el 14% secundaria incompleta, finalmente se destaca que apenas el 7% se encuentra en un nivel superior incompleto.

Tabla N° 8
Ocupación de los informantes

Ocupación	Frec.	%
Trabajador privado	5	36%
Obrero, jornalero o peón	3	21%
Trabajador por cuenta propia	3	21%
Estudiante	1	7%
Jubilado/a	1	7%
Quehaceres domésticos	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

La investigación demuestra que el 36% de pacientes realizan actividades laborales con mayor concentración en el sector privado, es decir en relación de dependencia, el 21% se ocupa en actividades como obrero, jornalero o peón, también se registra el 21% como trabajadores independientes o por cuenta propia, los estudiantes, jubilados o personas que se ocupan en quehaceres domésticos corresponden al 7% en cada caso.

Tabla N° 9
Continuidad del tratamiento

Género	Frec.	%
Su tratamiento fue continuo	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

De acuerdo a la información obtenida de los pacientes, en su totalidad afirman haber mantenido un tratamiento continuo lo cual indica en alto grado de compromiso y responsabilidad que ellos mantuvieron durante la enfermedad.

Tabla N° 10
Estado de ánimo

Estado	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Ansiedad	6	43%	9	64%
Equilibrado	2	14%	2	14%
Irritable	2	14%	2	14%
Tristeza	4	29%	1	7%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Se evidencia que durante la enfermedad el 43% de los pacientes desarrollaron estados de ansiedad estrechamente relacionados con la tristeza y el número de personas que durante la enfermedad experimentaron ansiedad se incrementó al 64%. En el caso de estados como la calma y la irritabilidad, se mantiene en ambos periodos con un 14%, y el 29% de pacientes sostuvo sentimientos de tristeza antes del tratamiento pero disminuye al 7% cuando ya se encuentra bajo controles médicos.

Tabla N° 11
Caracterización en el comportamiento del paciente

Comportamiento	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Tono de voz elevado, gestos amenazantes, actitudes dominantes, impaciencia. (Agresivo)	3	21%	3	21%
Tono de voz sin vacilaciones, autoestima alta, actitudes seguras, (Asertivo)	6	43%	2	14%
Tono de voz titubeante, autoestima baja, actitudes inseguras. (Pasivo)	5	36%	9	64%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Antes y durante del tratamiento, un 14% mantuvo un tono de voz elevado, gestos amenazantes, actitudes dominantes e impaciencia.

El 43% de los informantes, antes del tratamiento, mantuvieron su tono de voz sin vacilaciones, autoestima alta y actitudes seguras, mientras que luego de conocer de su situación y acceder al tratamiento el 64% cambio a una voz titubeante, autoestima baja y actitudes inseguras, es decir que se volvieron pasivos.

Tabla N° 12
Nivel de estrés

Nivel	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Alto	3	21%	1	7%
Leve	4	29%	1	7%
Moderado	6	43%	12	86%
Ninguno	1	7%	0	0%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Los datos del estudio revelan que antes de la enfermedad el 43% tenía un estrés de carácter moderado propio de rutinas tradicionales en la sociedad, sin embargo luego de conocer de su condición y durante el tratamiento, desarrollaron niveles de estrés moderado un 86%, es decir que durante el proceso para recuperar la salud los pacientes experimentan mayor tensión pudiendo ser contraproducente para su bienestar.

Tabla N° 13
Grado de aceptación de la enfermedad

Aceptación	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Aceptación	10	71%	12	86%
Indiferencia	1	7%	2	14%
Negación	3	21%	0	0%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En cuanto al enfrentamiento de la enfermedad, el paciente refiere que antes del tratamiento experimento aceptación el 71% de ellos, y cuando ya se encontraban en tratamiento, ascendió al 86%. El 21% tuvo comportamiento de negación previo al tratamiento y durante el mismo, esa cifra descendió a 0%.

Tabla N° 14
Cumplimiento del tratamiento médico

Cumplimiento	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Cumplimiento en la dosis y horarios del medicamento. Controles médicos solamente en casos extremos. (De riesgo)	6	43%	2	14%
Responsable con la dosis y horarios de los medicamentos. Controles médicos en el período indicado. (Saludable)	8	57%	12	86%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Los resultados demuestran que antes de saberse pacientes de tuberculosis, el 57% era responsable con las dosis, horarios y controles médicos por lo que su conducta era saludable, sin embargo el 43% solamente cumplía con las dosis y los horarios pero no eran constantes con los controles médicos por lo que su conducta era riesgosa. Esta situación cambia una vez que se encuentran bajo el tratamiento médico especializado para la tuberculosis y el 86% de los pacientes mantiene su compromiso y responsabilidad en el proceso.

Tabla N° 15

Factores de influencia en la adhesión al tratamiento

Factor	Frec.	%
Afrontamiento de la enfermedad	10	26%
Estrés	8	21%
Factores emocionales	8	21%
Personalidad	5	13%
Comportamiento responsable con su salud	7	19%
Total	38	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Se evidencia que el 26% de importancia adquiere el afrontamiento de la enfermedad, por otra parte el 21% de incidencia recae en el estrés y con igual margen de participación en los factores emocionales. El 19% manifiesta que el factor de influencia más importante es el comportamiento responsable con su salud.

Tabla N° 16

Reacción de la familia frente a la enfermedad

Reacción	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Apoyo	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

La investigación reveló que en todos los casos la familia manifestó conductas de apoyo ya sea antes del tratamiento y durante el mismo

Tabla N° 17

Nivel de satisfacción con la relación médico – paciente - enfermera

Nivel	Antes		Durante	
	Frec.	%	Frec.	%
Bueno	6	43%	3	21%
Excelente	8	57%	11	79%
Regular	0	0%	0	0%
Malo	0	0%	0	0%
Total	14	100%	14	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

Es interesante observar que previo al tratamiento el 57% de los pacientes mantenían una relación excelente con su médico – enfermera y luego, durante el proceso médico el 79% de ellos lo cataloga en ese nivel.

CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN

En un estudio prospectivo y transversal de tipo encuesta en el Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima usando el Inventario de depresión de Beck en 224 enfermos: 114 varones y 110 mujeres, de 18 a 65 años de edad, que sean alfabetos; encontrando un 64.7% de los enfermos con síntomas de depresión leve, y 49.6% con depresión moderada, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los varones nacidos en provincia y los de baja escolaridad. Se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos es alta en los enfermos que acuden a los consultorios de medicina y que pueden existir algunas características que sugieren una mayor predisposición.⁴⁰

De acuerdo a la investigación realizada en el presente trabajo los pacientes se caracterizan por un nivel de escolaridad de primaria completa el 29% e incompleta el 29%, seguidos de secundaria completa con el 21%, en su mayoría hombres, por lo que se evidencia mayor incidencia en el género masculino con niveles de estudio menores, esta característica puede denotar algunos aspectos importantes en la enfermedad y en la incidencia de factores psicológicos que desatan consecuencias depresivas debido a la poca información recibida, dificultad para acceder a ella e inclusive limitada capacidad para comprender datos muy técnicos.

En un estudio a 100 pacientes; 50 varones y 50 mujeres hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a quienes evaluó utilizando el DSM IV, en base a la historia clínica psiquiátrica y las Escalas de Hamilton para la depresión y Zung para la ansiedad. Se encontró que del 82% de los pacientes el 56% tenían ansiedad, y 41% depresión siendo la mayor incidencia de depresión en el grupo de los varones, y la ansiedad para las mujeres; se llegó a concluir que la ansiedad y depresión son muy significativas en la tuberculosis. En el Ecuador no se han realizado estudios a profundidad acerca de los factores psicológicos que afectan a los pacientes

con tuberculosis, existen tratamientos puntuales a cada paciente, pero no se los puede cuantificar debido a la dispersión de los mismos.⁴¹

En el caso de la investigación desarrollada en este trabajo, se observa que el 64% de los pacientes presentan ansiedad una vez que han tenido conocimiento de la enfermedad y que se encuentran en tratamiento.

El estudio en la Sub región de salud norte con 200 hombres y 100 mujeres en las categorías: nuevos, re-tratamiento, recaída, abandono, para determinar la influencia de las variables psicosociales en el enfermo con tuberculosis, identificando niveles de significancia entre las variables psicológicas de autoconcepto, interacción familiar y depresión. Los pacientes con TBC pulmonar presentan: depresión moderada en un (44.7%), seguida de intensa a severa por el (28.6%) y leve por el (26.7%). En la relación de niveles de depresión y categoría de pacientes, existió una asociación significativa en donde el mayor porcentaje de depresión intensa o severa (54.6%) se registró en abandonos, seguido por los re tratamientos y recaídas con depresión moderada (32.1% y 23.1%) y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis (70%); es decir los pacientes que abandonaron fueron más depresivos que los re tratamientos y recaídas.⁴²

El estado de ánimo, de acuerdo a los aportes teóricos, indica la disposición emocional y psíquica de una persona. Para el caso de estudio se procedió a evaluar, desde la percepción del paciente, su estado anímico antes y durante la enfermedad, con la finalidad de establecer una comparación en el aumento o disminución de un comportamiento en particular. Los pacientes mostraron signos de depresión asociados con sentimientos de tristeza e incluso comportamientos de riesgo al no ser constantes en la visita al médico para controles.

Los resultados evidencian que existe menor índice de riesgo hacia el abandono del tratamiento en cuanto la mayoría de los pacientes están conscientes de su condición, sin embargo es preciso tomar en cuenta a

aquellas personas que demostraron negación o indiferencia en cuanto son proclives a desarrollar conductas de riesgo si es que llegaron a no comprender la importancia de un tratamiento adecuado.

Por otra parte, tomando en cuenta los criterios de los autores consultados es posible reconocer la necesidad del apoyo familiar, de las personas cercanas que conforman el entorno social del individuo, en el enfrentamiento de la enfermedad. La familia es un pilar fundamental en la estabilidad del paciente pues es quien nutre o deteriora el estado emocional-motivacional de la persona, previniendo episodios depresivos.

En un estudio prospectivo longitudinal de cohorte único, en el cual se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes a los Centros de salud del cono norte de Lima. Se encontró que el 28.5% abandonó el tratamiento y 71.5% no abandonaron, respecto a la distribución de variables psicológicas se halló depresión moderada (42.3%), el auto concepto bajo (46.5%) y la satisfacción familiar media (48%) en estos enfermos.⁴³

En la investigación realizada para el estudio en el centro de salud N° 1 muestra una adhesión al tratamiento de todos los pacientes, pese a la existencia de indicadores de depresión, además se evidencia la presencia de la familia como soporte durante el proceso de la enfermedad.

Los síntomas depresivos y la condición previa al tratamiento se asocian significativamente al abandono del tratamiento antituberculoso y constituyen factores de riesgo en la recuperación de la salud y la estabilidad psíquica y emocional del paciente.

“La enfermedad suele generar tanto en el paciente como en la familia alteraciones negativas en una o más ámbitos de su vida cotidiana: en lo familiar el distanciamiento físico de los miembros; laboral al dejar de trabajar o verse forzados a cambiar de actividad; en lo social con la reducción de sus



redes sociales; educativa al disminuir el rendimiento escolar o dejar de estudiar; psicológico con el sentimiento de vergüenza y culpa.”⁴⁴

Algunos de los factores que desempeñan un papel destacado en esta reacción son: la edad de instalación de la enfermedad, el grado de capacitación, la naturaleza de la enfermedad, la percepción del paciente de su imagen corporal y las modificaciones que se presentan como resultado de una enfermedad específica.

CAPÍTULO VIII

8.1 CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye que:

El paciente con tuberculosis del Área de Salud N° 1 se caracteriza por tener un nivel socioeconómico en el que prima la educación básica, ocupación en relación de dependencia como empleados privados, casados y cuya edad predominante es entre los 25 a 35 años.

También se evidencia una adhesión al tratamiento en cuanto todos los pacientes han mantenido un tratamiento continuo, el cual se vincula directamente con el apoyo familiar en todos los casos, tanto antes del tratamiento como durante él; situación que en cierta forma garantiza una estabilidad para el enfermo tanto física como psíquica. Es posible concluir que no existe abandono de tratamiento en el Área de salud N° 1, pero si conductas de riesgo en el aspecto psicológico.

Respecto al estado de ánimo este se caracteriza por la ansiedad que presentan los pacientes antes del recibir al tratamiento y en pleno conocimiento de la enfermedad, mientras que durante el proceso médico aumenta el número de personas que experimentan esta condición.

El comportamiento de los pacientes refleja estados de ánimo y comportamientos pasivos en los que mantiene una voz titubeante, autoestima baja y actitudes inseguras, lo que puede ser considerado como situación de riesgo si este tipo de condiciones se mantienen o no son superadas. También se evidencia la presencia de un estrés moderado pero controlable en tanto sucede luego de recibir la noticia de la enfermedad y se desarrolla durante el tratamiento, sin embargo es un factor que debe ser considerado al finalizar el periodo médico pues podría continuar y de ser así es susceptible de desembocar en comportamientos de riesgo.



Otro aspecto a considerar está relacionado con la aceptación de la enfermedad, pues a medida que se desarrolla el tratamiento más pacientes demuestran su estabilidad al respecto de tal forma que la adhesión al cumplimiento con la medicación y las consultas es más constante, pero ello no representa una estabilidad psíquica, por lo que es necesario evaluar más allá del cumplimiento de las indicaciones médicas.

En general se observa una estabilidad de los pacientes respecto a la aceptación y tratamiento de la enfermedad, sin embargo es evidente la presencia de factores de riesgo que pueden afectar la salud psíquica de las personas y desembocar en otros comportamientos peligrosos o nocivos para la estabilidad emocional y psicológica.

8.2 RECOMENDACIONES

En base a los resultados y conclusiones obtenidas en el presente estudio se sugiere lo siguiente:

Crear un programa para reforzar el soporte familiar que necesita el paciente con tuberculosis y fortalecer los vínculos familiares y de esta manera brindar una red de soporte emocional para afrontar la enfermedad y posibilitar la adherencia al tratamiento.

Realizar actividades de psico-educación con la familia de los pacientes, con el objetivo de que se involucren en el cuidado del paciente como ente de soporte social efectivo, enfatizando el área de apoyo emocional.

Elaborar y ejecutar talleres vivenciales dirigidos a los pacientes y familiares en conjunto donde se desarrollen puntos específicos relacionados a la enfermedad y su calidad de vida.

Realizar investigaciones en este tipo de población que faciliten ampliar los conocimientos acerca de bienestar psicológico.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA

¹ MSP. Ministerio de Salud Pública.[Internet]. Ecuador: MSP; 2010 [citado 10 Jun. 2013] Indicadores Básicos de Salud. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>

²MSP. Ministerio de Salud Pública.[Internet]. Ecuador: MSP; 2010 [citado 22 Oct. 2013] Manual de normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en Ecuador, 2da. Edición. Disponible en: http://www.iess.gob.ec/documentos/seguro_salud/MSP%20NORMA%20TUBERCULOSIS.pdf

³MSP. Ministerio de Salud Pública.[Internet]. Ecuador: MSP; 2010 [citado 10 Jun. 2013] Indicadores Básicos de Salud. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>

⁴ Torres, M. Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. 2009. [citado 22 Oct. 2013]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/torres_u_m/t_completo.pdf

⁵ Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [Internet]. Lima, Perú. 2010. [citado 22 Ago. 2013]. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/xmlui/handle/250>

⁶ Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [Internet]. Lima, Perú. 2010. [citado 22 Ago. 2013]. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/xmlui/handle/250>

⁷MSP. Ministerio de Salud Pública.[Internet]. Ecuador: MSP; 2010 [citado 10 Jun. 2013] Indicadores Básicos de Salud. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>

⁸Baldeon, N. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al centro materno infantil tablada de Lurín – Villa María del Triunfo. [Internet]. 2007. [citado 22 Oct. 2013]. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/baldeon_rn/pdf/baldeon_rn.pdf

⁹Molinier, P. Tuberculosis: Aspectos psicológicos de alto riesgo. [Internet]. 2010. [citado 22 Oct. 2013]. Disponible en: www.neumosurenfermeria.org/.../aspectos_sociales_de_la_tubercul.htm

¹⁰Wilkins, K. Tuberculosis. Volumen 1. Ottawa, Canadá: 2009.

¹¹Alba, S. Estrada, E. Crisis en pacientes con tuberculosis. Chile: 2011.

¹²Alba, S. Estrada, E. Crisis en pacientes con tuberculosis. Chile: 2011.

¹³Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [Internet]. Lima, Perú. 2010. [citado 22 Ago. 2013]. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/xmlui/handle/250>

¹⁴ Mendo, J. El clima social familiar. España: Editorial Thompson, 2008.

¹⁵Dughi, L. Macher, A. Mendoza, F. Núñez, R. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México: Editorial Trillas, 2008.

¹⁶ Garibay, L. Situación cognoscitiva de la tuberculosis pulmonar. España: Editorial Paidós, 2008.

¹⁷ Romero, A. La tuberculosis una enfermedad asociada a la pobreza. México: Tribuna médica, 2008.

¹⁸ Ortiz, M. Nuevos tratamientos para la cura de la tuberculosis. [Internet]. 2012. [Citado 26 Sep. 2013]. Disponible en: <http://corresponsales.pe/ciencia-y-tecnolog%C3%ADa/noticias1085-investigadores-peruanos-presentan-nuevo-tratamiento-contrala-tuberculosis>

¹⁹ Ortiz, M. Nuevos tratamientos para la cura de la tuberculosis. [Internet]. 2012. [Citado 26 Sep. 2013]. Disponible en: <http://corresponsales.pe/ciencia-y-tecnolog%C3%ADa/noticias1085-investigadores-peruanos-presentan-nuevo-tratamiento-contrala-tuberculosis>

²⁰ Advincula, L. Ortiz, D. Relación entre bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en conductas de riesgo. Trujillo, Perú: Editorial Lima, 2010.

²¹ Ministerio de Salud Pública Canadiense del Pulmón. 2da- Edición. Guía de Capacitación para la Implementación de la Estrategia DOTS. Canadá: 2011.

²² Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. [Internet]. 2011. [citado 17 Jun. 2013]. Disponible en: <http://www.iscii.es>

²³ USAID. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Estudio epidemiológico de la tuberculosis... [Internet]. 2009. [citado 24 Jun. 2013]. Disponible en: <http://www.usaid.gov>

²⁴ Romero, C. Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis. México: 2da. Edición. 2007.

²⁵ Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [Internet]. Lima, Perú. 2010. [citado 22 Ago. 2013]. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/xmlui/handle/250>

²⁶ Lemos, Depresión en la práctica médica general. New York: Editorial Metropolitan, 2010.

²⁷ Gerlein C. Depresión y enfermedades somáticas. Colombia, 2010.

²⁸ Shin, S. Las enfermeras como proveedoras de apoyo emocional a pacientes con tuberculosis. Lima, Perú: Editorial el Agustino, 2008.

²⁹ Echeverría, G. Oliva, N. Relación entre el clima social familiar y la conducta social de las alumnas del nivel secundario del centro educativo nacional de mujeres "María Negrón Ugarte de Trujillo. [Internet]. Trujillo, Perú. 2010.

[citado 22 Ago. 2013]. Disponible en:
http://issuu.com/kikeportal/docs/revista_de_investigacion_de_estudiantes_de_psicologo

³⁰ Quevedo, C. Situación actual para la tuberculosis, factores de riesgo. México: Editorial Planeta, 2010.

³¹ House, D. Control de la tuberculosis en España. España: MedClin, 2008.

³² Casullo, M. Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós S.A., 2010.

³³ Laham, M. Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere, 2011.

³⁴ Laham, M. Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere, 2011.

³⁵ Luban, P. El enfermo psicósomático, certezas y experiencias. Lima, Perú: Laboratorios Roche, 4da. Edición, 2009.

³⁶ Laham, M. Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere, 2011.

³⁷ Área de salud N° 1. Pumapungo. Misión institucional. Cuenca: 2013.

³⁸ Área de salud N° 1. Pumapungo. Visión institucional. Cuenca: 2013.

³⁹ Torres, M. Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. 2009. [citado 22 Oct. 2013]. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/torres_u_m/t_completo.pdf

⁴⁰ Alvarado, M. Actitud del familiar responsable hacia el paciente con tratamiento antituberculoso ambulatorio. Venezuela: Editorial Loayza, 2008.

⁴¹ Torres, A. Valoración de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. New York, 2007.



⁴² Iwashita, A. Aproximaciones psicosociales de la enfermedad de tuberculosis pulmonar. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2008.

⁴³ Zárate Cáceres, H. Factores determinantes de abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. México: Editorial Trillas, 2012.

⁴⁴ Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales. [Internet]. Lima, Perú. 2010. [citado 22 Ago. 2013]. Disponible en: <http://unmsm.edu.pe/xmlui/handle/250>

**CAPÍTULO X****ANEXO N° 1****Diseño de encuesta dirigida a pacientes con Tuberculosis****Área de Salud N° 1, Pumapungo Cuenca**

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

1. Género: _____

2. Edad:

<input type="checkbox"/>	De 15 a 24 años
<input type="checkbox"/>	De 25 a 34 años
<input type="checkbox"/>	De 35 a 44 años
<input type="checkbox"/>	De 45 a 54 años
<input type="checkbox"/>	De 55 a 65 años
<input type="checkbox"/>	65 años y mas

3. Señale su estado civil:

Soltero/a	<input type="checkbox"/>
Casado/a	<input type="checkbox"/>
Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
Viudo/a	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>

4. Señale su nivel de escolaridad:

Ninguno	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Superior completa	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>		

5. Indique su tipo de ocupación:

Patrono o socio activo	<input type="checkbox"/>
Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
Quehaceres domésticos	<input type="checkbox"/>
Trabajador no remunerado	<input type="checkbox"/>
Trabajador privado	<input type="checkbox"/>
Trabajador público	<input type="checkbox"/>
Obrero, jornalero o peón	<input type="checkbox"/>
Jubilado	<input type="checkbox"/>
Estudiante	<input type="checkbox"/>

6. Señale de acuerdo a su tratamiento.

<input type="checkbox"/>	Su tratamiento fue continuo
<input type="checkbox"/>	Su tratamiento presento periodos de abandono
<input type="checkbox"/>	Abandonó definitivamente el tratamiento

7. Señale cual fue su estado de ánimo, antes y durante del tratamiento.

	Antes	Durante
Tristeza		
Alegría		
Equilibrado		
Ansiedad		
Irritable		

8. Indique con que afirmación se identifica de acuerdo a los periodos señalados

	Antes	Durante
Volumen de la voz elevado, gestos amenazantes, actitudes dominantes, impaciencia (Agresivo)		
Tono de voz titubeante, autoestima baja, actitudes inseguras. (Pasivo)		
Tono de voz sin vacilaciones, autoestima alta, actitudes seguras (Asertivo)		

9. Señale su nivel de estrés de acuerdo a los periodos indicados.

	Antes	Durante
Alto		
Moderado		
Leve		
Ninguno		

10. Señale su grado de aceptación de la enfermedad durante los periodos indicados.

	Antes	Durante
Aceptación		
Negación		
Indiferencia		

11. Señale la afirmación con la que se identifique de acuerdo a los periodos indicados.

	Antes	Durante
Responsable con la dosis y horarios de los medicamentos. Controles médicos en el periodo indicado. (Saludable)		
Cumplimiento en la dosis y horarios del medicamento no frecuente, Controles médicos solamente en casos extremos. (De riesgo)		

12. Qué factores considera que influenciarían en su adhesión al tratamiento. (Explicar brevemente cada factor) Señale 3 principales en orden de importancia.

	Factores emocionales
	Personalidad
	Estrés
	Afrontamiento de la enfermedad
	Comportamiento responsable con su salud



13. ¿Cuál fue la reacción de su familia en torno a su enfermedad de acuerdo a los periodos?

	Antes	Durante
Apoyo		
Rechazo		

14. Indique su nivel de satisfacción respecto a la relación médico-enfermera-paciente durante los periodos de tiempo especificados.

	Antes	Durante
Excelente		
Bueno		
Regular		
Malo		

Comentarios u Observaciones del paciente

Observaciones y registros del entrevistador



ANEXO N° 2

Cuenca, 18 de julio del 2013

Doctora

JANETH ROMAN

Directora del Distrito 01D01

Cuenca.

De mis consideraciones:

La presente tiene como finalidad expresar un cordial saludo y a la vez informarle que soy egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, por lo que, me encuentro desarrollando mi proyecto de tesis cuyo objetivo es: determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden al Área de Salud 1. Pumapungo. Cuenca. 2012, para lo cual, solicito de la manera más comedida se me proporcione información sobre los/as usuarios/as diagnosticados con tuberculosis en dicho periodo, para posteriormente aplicar una encuesta previo consentimiento informado por escrito, con el fin de mantener concordancia con las normativas nacionales en materia de bioética.

Por la favorable acogida que se sirva dar a la presente le anticipo mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

María del Carmen Ordóñez

0105150155

ANEXO N° 3

Consentimiento informado para los padres

Mi nombre es María del Carmen Ordóñez, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Estoy visitando su domicilio porque me encuentro realizando una investigación cuyo objetivo es determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los usuarios/as que fueron diagnosticados en el Área 1Pumapungo, durante el año 2012, para lo cual se aplicará una encuesta.

La participación es voluntaria. La información que nos proporcione su hijo/a será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio, si por alguna razón decide no participar o no responder a alguna de las preguntas esta decisión no afectará la atención que su hijo/a recibe en la institución, tampoco involucra riesgo físico, ni costo alguno.

El cuestionario contiene preguntas relacionadas sobre la edad, ocupación, escolaridad, experiencias en torno al tratamiento, si fue continuo, estados de ánimo antes y durante el tratamiento, aceptación de la enfermedad, la reacción de la familia, la relación con el personal de salud durante el tratamiento.

El tiempo de llenado de la encuesta es de aproximadamente 20 minutos.

Por favor tómese su tiempo para decidir y haga las preguntas que considere necesarias. Si está de acuerdo en que su hijo/a sea parte de esta investigación solicito firmar este documento.

Yo.....
PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD NÚMERO.....
PADRE, MADRE O REPRESENTANTE DEL MENOR.....
AUTORIZO QUE MI REPRESENTADO CONTESTE LA ENCUESTA DE ESTA INVESTIGACIÓN.
FIRMA.....
FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....

ANEXO N° 4

Asentimiento informado para los/las adolescentes

Mi nombre es María del Carmen Ordóñez, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Estoy visitando tu domicilio ya que me encuentro realizando un estudio cuyo objetivo es determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los usuarios/as que fueron diagnosticados en el Área 1 Pumapungo, durante el año 2012; para lo cual se aplicará una encuesta, por lo que tus respuestas serán de gran ayuda.

Por este motivo quiero saber si te gustaría participar en este estudio. Ya he hablado con tus padres/ tutores y ellos saben que te estamos preguntando si quieres participar. La información que proporcionas será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio. Tu participación es voluntaria si por alguna razón decides no participar o no responder a alguna de las preguntas esta decisión no afectará la atención que recibes en la institución, tampoco involucra riesgo físico, ni costo alguno.

El cuestionario contiene preguntas relacionadas sobre la edad, ocupación, escolaridad, experiencias en torno al tratamiento, si fue continuo, estados de ánimo antes y durante el tratamiento, aceptación de la enfermedad, la reacción de la familia, la relación con el personal de salud durante el tratamiento. Si no te sientes muy cómodo/a con una pregunta, puedes elegir saltar la misma. Cualquier duda o comentario puedes dirigirte a mí. El tiempo de llenado del cuestionario es aproximadamente 20 minutos.

Si decides que no quieres participar en el estudio no pasa nada y nadie se va a enfadar ni te va a reñir por ello. Si decides participar en el estudio y firmar esta hoja, yo la guardaré junto con el cuestionario de la encuesta.



YO,.....he leído o me han leído la información y he entendido todo lo que se pone en ella. Me han contestado todas las dudas que tenía sobre el estudio. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada y en cualquier momento puedo decir que ya no deseo seguir participando y nadie me reñirá por ello por lo que, he decidido participar en el estudio

Firma:.....

FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....



ANEXO N° 5

Consentimiento informado para personas mayores de 18 años

Mi nombre es María del Carmen Ordóñez, egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Estoy visitando su domicilio porque me encuentro realizando una investigación cuyo objetivo es determinar los factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antituberculoso en los usuarios/as que fueron diagnosticados en el Área 1 Pumapungo, durante el año 2012, para lo cual se aplicará una encuesta. La participación es voluntaria. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio, si por alguna razón decide no participar o no responder a alguna de las preguntas esta decisión no afectará la atención que su Ud. recibe en la institución, tampoco involucra riesgo físico, ni costo alguno.

El cuestionario contiene preguntas relacionadas sobre la edad, ocupación, escolaridad, experiencias en torno al tratamiento, si fue continuo, estados de ánimo antes y durante el tratamiento, aceptación de la enfermedad, la reacción de la familia, la relación con el personal de salud durante el tratamiento. El tiempo de llenado de la encuesta es de aproximadamente 20 minutos.

Por favor tómese su tiempo para decidir y haga las preguntas que considere necesarias. Si decides participar en el estudio y firmar esta hoja, yo la guardaré junto con el el cuestionario de la encuesta.

YO,.....con cedula de identidad.....

He leído o me han leído la información y he entendido todo lo que se pone en ella. Me han contestado todas las dudas que tenía sobre el estudio. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada y en cualquier momento puedo decir que ya no deseo seguir participando, por lo que, he decidido participar en el estudio

FIRMA.....

FECHA: DÍA..... MES..... AÑO.....