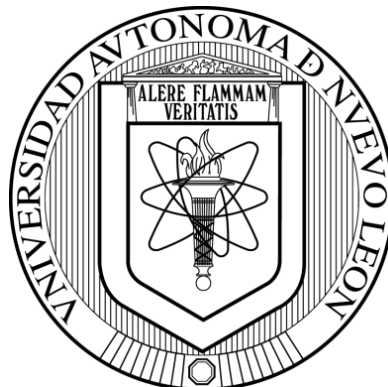


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

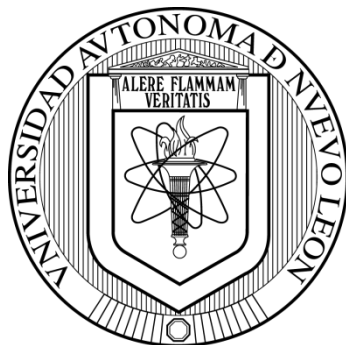
Por

LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

JULIO, 2011

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

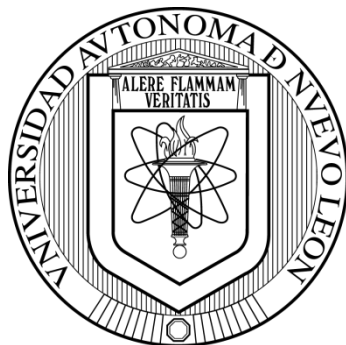
Por

LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

JULIO, 2011

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Por

LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA

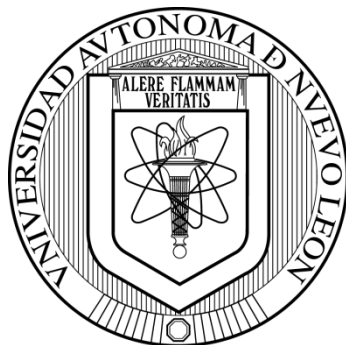
Director de Tesis

MSP. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

JULIO, 2011

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Por

LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

JULIO, 2011

CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Aprobación de Tesis

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Director de Tesis

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente

Dra. Karla Selene López García

Secretario

MCE Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Vocal

Subdirección de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Enfermería por la oportunidad y apoyo que me dieron para realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

Agradezco a la Dra Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por sus atenciones y apoyo recibido.

Agradezco a las autoridades de la Secretaría de Salud y a las cuatro jurisdicciones del área metropolitana por su apoyo.

Agradezco al Dr. Jesús Zacarias Villareal Pérez por su atención y apoyo recibido.

Un gran reconocimiento y agradecimiento al director de Tesis el MSP Lucio Rodríguez Aguilar por su comprensión, paciencia y dedicación durante el tiempo que me asesoró para la realización de este estudio.

Dedicatoria

A Dios por permitirme conservar la vida y llegar a concluir la Maestría en Ciencias de Enfermería y por ponerme a personas tan especiales e importantes en mi camino.

A mis padres el Sr Evelio Villanueva Moreno y la Sra. María del Roble García Rangel y a mi abuela Isidra Rangel Flores por el apoyo incondicional que me han dado en todos estos años de mi estudio y mi carrera como profesionalista.

A mis hermanos Paola Maribel Villanueva García, Yessica Elizabeth Villanueva García, Lesly E. Villanueva García y Brando Uriel Villanueva García que me apoyaron moralmente para continuar con mis estudios y terminar mi carrera.

Resumen

Alejandro Villanueva García
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Julio del 2011

Título del estudio: **CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO
EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS
PULMONAR**

Número de páginas: 76

Como requisito parcial para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
Prevención de Adicciones

Propósito y método del estudio: El propósito fue determinar el consumo de alcohol y el apego al tratamiento en personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en cuatro jurisdicciones del área metropolitana de Monterrey N.L. El diseño fue descriptivo correlacional, la población del estudio la conformaron 733 personas mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico de TBP que reciben tratamiento. La muestra se calculó cuando el parámetro es una proporción, con un enfoque conservador ($p=q=.5$), con un límite de error de estimación del 5.9% con una muestra final de $n=202$. Se utilizaron dos instrumentos de medición; el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) (De la Fuente y Kershenovich, 1992) con Alpha de .91 y el Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA) (Rodríguez, 2001) con Alpha .93 y una Cedula de Datos Sociodemográficos (CDS). Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Contribución y Conclusiones: Las prevalencias del consumo de alcohol reportadas en la población de estudio fueron; global (alguna vez en la vida) de 86.1%, la prevalencia lápsica (en el último año) de 60.9%, la prevalencia actual (en el último mes) de 34.2% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 19.3%. En relación al tipo de consumo de alcohol, se encontró; consumo sensato, dependiente y dañino de 30.2% ($IC= 27-42$), 19.2% ($IC= 16-28$), y 36.2% ($IC= 35-49$) respectivamente. Se encontró correlación negativa y significativa de los años de estudio con el consumo dañino ($r_s= -.16, p=.02$) lo que indica que a menor años de estudio mayor es el consumo de tipo dañino. El tipo de consumo de alcohol por género mostro diferencia significativa, ($X^2= 34.09, p=.00$) los hombres presentaron mayor consumo; sensato, dependiente y dañino con 55.7%, 92.3% y 93.2% respectivamente. En relación a la situación laboral se demostró que existe diferencia significativa de consumo de alcohol ($X^2= 9.60, p=.00$), los que trabajan presentan mayor consumo dependiente y dañino. El apego al tratamiento se correlacionó de forma negativa y significativa con el índice total del AUDIT ($r_s= -.475, p=.00$) y con los tipos de consumo de alcohol, sensato ($r_s= -.457, p=.00$), dependiente ($r_s= -.402, p=.00$) y dañino ($r_s= -.16, p=.02$), es decir que a menor apego al tratamiento de TBP, mayor es el consumo de alcohol. Se encontró efecto significativo de la edad, género y estado marital con el apego al tratamiento ($F= 10.390, p=.00, R^2= 13\%$). edad ($\beta= -.314, p=.00$), género ($\beta= 9.88, p=.00$) y estado marital ($\beta= 11.29, p=.00$). Esto significa que las personas de mayor edad tienen menos probabilidad de apego al tratamiento, los participantes del género femenino ($\bar{X}= 78.6, U= 2834.5, p=.00$), tienen mayor probabilidad de apego al tratamiento en comparación con los hombres ($\bar{X}= 68.5, U= 2834.5, p=.00$), y las personas que tienen pareja ($\bar{X}= 74.2, U= 3814.0, p=.01$), tienen mayor probabilidad de apego al tratamiento en comparación con las personas que no tienen pareja ($\bar{X}= 67.0, U= 3814.0, p=.01$).

Firma del Director de Tesis _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	13
Objetivos	14
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño del Estudio	15
Población, Muestreo y Muestra	15
Instrumentos de Medición	16
Procedimiento para la Recolección de Datos	17
Consideraciones Éticas	18
Análisis de Datos	19
Capítulo III	
Resultados	21
Capítulo IV	
Discusión	34
Conclusiones	41
Recomendaciones	42

Referencias	43
-------------	----

Apéndices

A. Cédula de Datos Sociodemográficos	48
B. Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT)	49
C. Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA)	52
D. Estadística descriptiva de Estado Civil y Ocupación.	53
E. Consentimiento Informado	54
F. Oficios de Solicitud de Autorización a la Secretaría de Salud	57

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos	21
2. Factores Sociodemográficas (variables categóricas)	22
3. Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov	23
4. Prevalencias de consumo de alcohol en pacientes con TBP	24
5. Tipo de consumo de alcohol en personas con TBP	25
6. Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA)	26
7. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables del estudio	27
8. Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson del tipo de consumo de alcohol por género	28
9. Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson del tipo de consumo por situación laboral	29
10. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital con el índice del CATA	30
11. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables edad, género y estado marital con el índice del CATA	31
12. Prueba de U de Mann Whitney de apego al tratamiento por género	31
13. Prueba de U de Mann Whitney de apego al tratamiento por estado marital	32
14. Prevalencia de la ingesta de alcohol antes del tratamiento y del diagnostico	33

Capítulo I

Introducción

El consumo de alcohol se ha convertido en un problema social y de salud pública que afecta a grandes grupos de población en el país, el 44% de la población mundial es bebedora de alcohol según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). En el 2008 la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en la República Mexicana, reportó que había cerca de 27 millones de personas entre 12 y 65 años, con un patrón de consumo típico de grandes cantidades de alcohol por ocasión, con una frecuencia que oscila entre menos de una vez al mes y diario, así mismo el tipo de consumo de alcohol en población mayor de 18 años de edad es de consumo sensato con el 14.8% y consumo dependiente/dañino con un 45.3% (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008).

En México aproximadamente 11 millones de personas, beben en grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, considerados como usuarios consuetudinarios. Este tipo de consumo es más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Tanto en hombres como en mujeres el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años de edad, la proporción de la población que presenta abuso y dependencia al alcohol es mayor en hombres (9.3%) que en mujeres (3.7%) (CONADIC, 2008).

El número de mujeres que consumió alcohol fue del 45% del total de la población en 1998, en comparación con el 2002 con una prevalencia del 43%; de las cuales 0.8% eran bebedoras sensatas en el primer año y 0.7% en el segundo, mientras que 1% y 0.7% respectivamente, eran bebedoras que cumplieron con el criterio de dependencia. No obstante, se observó un aumento en el número de bebedoras altas (dañina) con una prevalencia de 2.6% a 3.7% en el mismo período.

Respecto a la población masculina disminuyó la prevalencia de bebedores de 77% a 72% durante el período 1998-2000. Se observa también una disminución de 16% a 12.4% en la proporción de bebedores sensatos, pero el número de hombres que cumplieron con el criterio de dependencia se mantuvo estable, con una prevalencia de 9.6% y 9.3% respectivamente (CONADIC, 2002).

La prevalencia que se reporta en la población mayor de 18 años ha sido en mayor proporción la global en comparación con los demás tipos de prevalencia. El tipo de consumo de bebidas alcohólicas que reportan los estudios ha sido en mayor proporción el consumo sensato de 41% a 86 % seguido de consumo dependiente de 12% a 40% y consumo dañino de 6% a 32% (Anibarro, et. al., 2003; Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, Suárez 2005; Craig et. al., 2007; Gullón et. al., 2007).

En Nuevo León, según el CONADIC (2008), el consumo diario de alcohol, en los hombres fue de 2.1% y en las mujeres de 0.4%, este consumo es mayor respecto al promedio reportado en el país. En cuanto al consumo alto (más de 10 cervezas por ocasión), los hombres se encuentran por arriba de la media nacional con un 47.5% mientras que las mujeres reportan el 12.2%. Para el consumo consuetudinario, se observa un consumo mayor de acuerdo a la media nacional, en los hombres el 17.9% y en el caso de las mujeres el 1.2%. En relación con el abuso/dependencia, se reporta que para los hombres, este tipo de consumo (9.7%) es igual al promedio nacional y para las mujeres (0.3%) por debajo de la media nacional.

Entre las consecuencias del consumo del alcohol se observa que es responsable del 9% del total de días perdidos por problemas de salud y es la causa directa o indirecta de una serie de padecimientos físicos y mentales que se han convertido en las primeras causas de mortalidad y hospitalización psiquiátrica. El consumo de alcohol está directamente implicado con enfermedades como son la cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer del tubo digestivo, síndrome del alcoholismo fetal y se ha reportado asociación

con VIH / SIDA y Tuberculosis Pulmonar [TBP] (Bruguera, 1994; Norma Oficial Mexicana [NOM-028-SSA2]-1999).

Estudios realizados en personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, población considerada para el presente estudio, reportan el consumo de alcohol como un factor de riesgo para desarrollar la TBP e influye en el apego al tratamiento y curación de la enfermedad. Las personas que padecen esta enfermedad, que están en tratamiento y consumen alcohol, tienden a presentar: resistencia a los fármacos del tratamiento, y falta de apego o adherencia al tratamiento (Anibarro, et. al., 2003; Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, Suárez 2005; Laine, Scatena, Pillon, 2005).

El tratamiento recomendable por la Norma Oficial Mexicana ([NOM-006-SSA2], 1993) en los casos iniciales de TBP es de seis meses, con cuatro fármacos de primera línea durante los dos primeros meses y dos fármacos durante los cuatro meses restantes.

Se ha reportado en personas con este padecimiento en tratamiento por más de seis meses de tiempo, aún cuando estos deben administrarse en seis meses según la Norma Oficial Mexicana ([NOM-028-SSA2]-1999). Actualmente el cumplimiento terapéutico de los pacientes con TBP es uno de los pilares en los que se basan los programas de control de la enfermedad, la curación de los enfermos y con ello la eliminación de la posibilidad de transmisión de la enfermedad a terceros. Se exige un régimen estricto para que el paciente siga el tratamiento pautado tomando la medicación de manera correcta durante todo el tiempo prescrito. Existen estudios que han reportado factores de riesgo que influyen en el incumplimiento terapéutico tales como el consumo de alcohol, información insuficiente por el personal de salud y horarios inadecuados para recibir el tratamiento (Anibarro, et. al., 2003; Craig, et. al., 2007; Rehm, et. al., 2009).

En México en el 2008 se registraron 13,813 casos de tuberculosis, de estos el 80% de ellos fueron de tipo pulmonar. La mortalidad por TBP entre los varones fue de 2.8 muertes por cien mil hombres, mientras que entre las mujeres la tasa respectiva fue de 1.2 defunciones, lo que implica que el riesgo de muerte de los hombres del país es 2.4

veces más alto que el de las mujeres y un factor que puede estar influyendo es el consumo de alcohol (Secretaría de Salud [SS], 2008).

En Nuevo León según la SS entre el 2001 y 2008 se registraron cada año 1,086 casos de tuberculosis de todas las formas, con una tasa de 25.7 por 100 mil habitantes, de estos el 89.6% son casos nuevos, y de ellos el 87% corresponden a TBP con una incidencia de 18.1 por 100 mil habitantes y una tasa de mortalidad de 2.8 por 100 mil (SS, 2008).

Flynn y Bloom (1996), reportaron en las personas con TBP que están en tratamiento y consumen alcohol, aumenta la susceptibilidad a la infección activa e inhibe en gran parte la inmunidad celular poniendo en riesgo las defensas inmunológicas del organismo, en base a esto, el consumo de alcohol en una persona con TBP aumenta la susceptibilidad a la infección activa, así como la reactivación de la enfermedad latente y la ineffectividad del tratamiento. El tratamiento de la tuberculosis lo conforman drogas que son potencialmente tóxicas para el hígado y sistema nervioso, aunado a esto, el consumo del alcohol aumenta todavía más su toxicidad e irritación gástrica, lo que induce en la mayoría de las personas con TBP en tratamiento que consumen alcohol no se apeguen al tratamiento (Szabo, 1997).

El autor del presente estudio ha observado que las personas con diagnóstico de TBP que están en tratamiento en las instituciones de salud y tienen antecedentes de consumo de alcohol frecuentemente no se apegan a los tratamientos es decir, no realizan conductas promotoras y protectoras de salud, caracterizadas por: ingesta de los fármacos, asistir a las citas programadas, el monitoreo de baciloscopias, asistencia a consulta por problemas propios de la enfermedad y tratamiento, cuidados personales propios de la enfermedad de higiene alimentación entre otros y continúan ingiriendo bebidas alcohólicas lo que dificulta su curación y con tendencia a la farmacoresistencia. En un estudio realizado en el Noreste de Madrid, España por Pascual, Bischofberger y Pérez, (2003), reportaron que los pacientes con TBP que estaban en tratamiento y que

consuman bebidas alcohólicas, tenían resistencia a la piracinamida en el 8%, a la rifampicina y la isoniacida en el 4,5% respectivamente, lo que dificultó su curación y su apego al tratamiento.

La literatura revisada hasta el momento ha sido escasa en México por lo que se considera que existe un vacío de conocimiento respecto al consumo de alcohol y apego al tratamiento en personas con diagnóstico de TBP. Por lo que en base a los hallazgos del presente estudio servirán de base para el diseño de intervenciones de enfermería que garanticen el cuidado y favorezcan el apego al tratamiento en personas con TBP, motivo por el cual se realizó el presente estudio descriptivo con el propósito de determinar el efecto del consumo del alcohol y el apego al tratamiento en personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Marco de Referencia

Los conceptos que guiarán el presente estudio son consumo de alcohol (De la Fuente y Kershenovich, 1992), tratamiento de tuberculosis pulmonar y apego del tratamiento antituberculoso (Norma Oficial Mexicana [NOM-006-SSA2], 1993).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (SS, 1999), una bebida alcohólica es aquella que contiene alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% de volumen, se clasifican estas bebidas en fermentadas, destiladas y licores. Se considera una copa o bebidas estándar a una cerveza de 340ml, 150ml de vino o 45ml de destilados, cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol absoluto entre 12 y 14 gramos.

El efecto en la absorción del alcohol muestran diferencias con respecto al género, las mujeres muestran mayor concentración de etanol en la sangre que los hombres después de haber bebido dosis similares, esta diferencia se debe en parte a la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdobla el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo; estas enzimas (deshidrogenasa) es cuatro veces más activa en el

hombre que en la mujer, y por otro lado la mujer tiene mayor proporción de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino (Tapia, 2001).

El consumo de alcohol se ha clasificado de acuerdo a la frecuencia y cantidad de la ingesta en sensato, dependiente y dañino. El consumo sensato es aquel que por lo general no causa problemas para los consumidores y la sociedad. Este consumo se caracteriza por la ingesta de no más de dos copas (20 gramos de etanol) por ocasión de consumo en la mujer y no más de cuatro copas (40 gramos de etanol) en el hombre, no más de tres veces por semana.

El consumo dependiente es cuando se ingiere de tres a cinco copas en las mujeres y en los hombres es de cuatro a nueve copas por ocasión, además de dejar de realizar actividades por causa del consumo del alcohol, no poder de parar de beber, beber a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior. Por último el consumo dañino ocurre cuando la mujer ingiere en un día típico más de 6 copas y el hombre ingiere más de 10 copas por ocasión, además de que familiares, amigos y personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber, o alguna persona ha resultado lastimada como consecuencia de su consumo o que en el último año al menos una vez olvido algo que había pasado cuando estuvo bebiendo (De la Fuente & Kershenobich, 1992)

En relación a la tuberculosis y su tratamiento según la Norma Oficial Mexicana, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud (NOM-006-SSA2-1993), la tuberculosis es la enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante, ingestión de leche de vaca infectada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos, se considera un caso de tuberculosos a la persona en quien se establece el diagnóstico de tuberculosis

y se clasifica en caso confirmado o caso no confirmado, por bacteriología o histopatología.

El caso confirmado se considera al enfermo cuyo diagnóstico de tuberculosis ha sido comprobado por baciloscopia, cultivo o histopatología y el caso no confirmado se considera al enfermo en quien la sintomatología, signos físicos y elementos auxiliares de diagnóstico, determinan la existencia de tuberculosis con resultado bacteriológico negativo.

Según la Norma Oficial Mexicana (1993), el tratamiento de la TBP se prescribe por el personal médico, se distingue en primario acortado y retratamiento. Los tratamientos deben ser estrictamente supervisados por personal de salud o personal comunitario capacitado por el personal de salud, ya que la vigilancia respecto a la ingestión de fármacos es el único procedimiento que ofrece completa seguridad y asegura la curación.

El régimen terapéutico recomendable de los casos iniciales es de seis meses, con cuatro fármacos de primera línea durante los dos primeros meses (isoniacida, rifampicina, piracinamida y etambutol [HRZE]) y dos fármacos (isoniacida y rifampicina [HR]) durante los cuatro meses restantes (2HRZE/4HR). Se entiende por caso inicial el paciente que nunca ha sido tratado y el que ha recibido tratamiento previo, pero durante menos de 1 mes (Ruiz et. al., 2008).

El esquema de tratamiento primario acortado se debe administrar aproximadamente durante 25 semanas, hasta completar 105 dosis, dividido en dos etapas: fase intensiva, 60 dosis (diario de lunes a sábado con HRZE); y fase de sostén, 45 dosis (intermitente, 3 veces a la semana, con HR (NOM-006-[SSA2]-1993).

El apego al tratamiento según la Norma Oficial Mexicana (NOM-006-SSA2-1993) es el resultado esperado o conductas promotoras y protectoras de salud, caracterizadas por ingesta de fármacos, asistir a las citas programadas, el monitoreo de baciloscopias, asistencia a consulta por problemas propios de la enfermedad y

tratamiento, cuidados personales propios de la enfermedad, higiene y alimentación entre otros (Rodríguez, 2001).

Szabo (1997), reporta que las personas que padecen TBP y que están en tratamiento el consumo del alcohol disminuye la efectividad de las defensas antimicobacterianas del organismo, de igual manera altera la respuesta de los macrófagos y los niveles de alteración de las proteínas que actúan como mediadores intercelulares (citoquinas), además se produce un desequilibrio entre la inmunidad celular y humoral. Así mismo, se disminuye la activación de las células T y la inhibición de la capacidad de los macrófagos.

La isoniacida, rifampicina y piracinamida se metabolizan en el hígado y son fármacos hepatotóxicos, con el siguiente orden decreciente de frecuencia: la isoniacida es el más frecuente, aunque la piracinamida es el de mayor toxicidad hepatocelular y la rifampicina es responsable de la presencia de ictericia. La asociación de piracinamida y rifampicina aumenta, y aún más con isoniacida, su hepatotoxicidad. De los fármacos de segunda línea, sólo la protionamida y la etionamida pueden llegar a ser hepatotoxicos. El abuso crónico de alcohol sin signos clínicos de hepatopatía crónica incrementa la probabilidad de toxicidad hepática, pero no contraindica el tratamiento estándar si el paciente ha renunciado al hábito etílico (Rehm et. al., 2009)

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los resultados de investigación que sustentan las variables del presente estudio.

Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, Suárez (2005) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores pronóstico de abandono del tratamiento antituberculoso en la provincia de Ica, Perú. Identificaron 59 casos de abandono del tratamiento antituberculoso, se reporto como factores pronósticos del abandono del

tratamiento antituberculoso los siguientes: considerar insuficiente la información proporcionada por el personal de salud sobre el tratamiento, ($OR= 4.20, p=0.025$), ($IC95\%: 1.77$ a 10.02), considerar inadecuados los horarios para recibir el tratamiento ($OR= 9.95, p= 0.001, IC95\%: 1.97$ a 50.21), consumo frecuente de alcohol y drogas lícitas ($OR= 7.15; [IC95\%]:1.69$ a 30.23), $p= 0.04$ y $p= 0.06$ respectivamente. La escolaridad menor a la secundaria completa se relacionó con una mayor probabilidad de no apego al tratamiento con un 40.6% ($p=.001$).

Anibarro et. al., (2003) realizó un estudio en 775 casos de TBP para conocer las características de los factores sociales de riesgo (FSR) que influyen en el cumplimiento terapéutico en los enfermos de tuberculosis en la Ciudad de Pontevedra España: el 20.1% de los pacientes tenían algún FSR, 11.09% de ellos presentaban alcoholismo, 5.29% eran usuarios de drogas por vía parenteral, el 3.09% eran inmigrantes, el 1.80% no tenían domicilio fijo, 1.41% se consideraron con inadaptación social y el 1.29% eran presidiarios. La proporción de pacientes con curación bacteriológica o tratamiento finalizado fue mayor en el grupo de pacientes sin FSR que con los que presentaban FRS (90.4% vs 70.8% $p < 0.001$).

Musayon (2009) realizó un estudio en el Perú sobre la dependencia de alcohol como factor de riesgo de tuberculosis, reportaron que el 40.6% de los participantes tenían solo estudios básicos, una media de edad de 30 años y un 72.4% eran del sexo masculino, así mismo también reportó que existe asociación entre consumo excesivo de alcohol y TB ($p=0,018$) donde el $54,55\%$ de los casos presenta consumo excesivo, mientras que solo el $34,40\%$ de los controles presenta el mismo tipo de consumo, las personas que presentan consumo dañino de alcohol fue de $p= 0.12$ ($OR = 1.96, IC 95\% = 0.75$ a 5.08), mientras que las personas que presentan un consumo sensato es de $p= 0.02$ ($OR = 3.59, IC 95\% = 1.02$ a 12.66), finalmente las personas que presentaron dependencia fue de $p= 0,19$ ($OR = 2.05, IC 95\% = 0.60$ a 6.88).

Laine, Scatena y Pillon, (2005) realizaron una revisión de literatura en el Brasil para identificar la asociación entre el alcoholismo y la tuberculosis en población adulta, se identificó que de los 77.7% participantes que consumían alcohol, presentaban un tiempo de tratamiento superior a los seis meses y en los que no ingerían alcohol representaba el 56.6%. En cuanto a los pacientes que presentaban tiempo superior a los 9 meses el 55.5% bebían alcohol y un 17% no lo bebían. Además se reportó que las personas con alcoholismo presentan mayor tasa de abandono de tratamiento y alto riesgo a desarrollar efectos colaterales a los medicamentos antituberculosos, en comparación con los no alcohólicos.

Rehm et. al., (2009) realizaron una revisión sistemática de los datos existentes sobre la asociación entre el consumo de alcohol y tuberculosis en personas mayores de 18 años en Rusia. Encontraron que hay una fuerte asociación entre el consumo excesivo de alcohol/ trastornos por consumo de alcohol (TCA) y tuberculosis con un riesgo relativo de $OR= 2.94$ ($IC\ 95\%$). Se encontró efecto significativo de abuso de alcohol en pacientes con baja incidencia de tuberculosis ($OR = 2.6$, $IC\ 95\%$) y los de elevada incidencia ($OR = 1.4$, $IC\ 95\%$). La dependencia al alcohol fue una de las principales razones para la interrupción del tratamiento y la farmacorresistencia al medicamento con un riesgo relativo de 4.26 ($IC\ 95\%: 2.09-8.68$).

Morán, Harbour, Teeter, Musser y Graviss (2007) evaluaron la cantidad y frecuencia de uso de alcohol en pacientes con TBP en la Ciudad de Houston Texas, EUA. El grupo de estudio fueron 1,250 pacientes con Tuberculosis Pulmonar, el 50% consumió alcohol. De los pacientes que estaban en tratamiento, consumieron alcohol el 41.10%, antes de los 30 días ($p= 0.002$). El 58.8% de los pacientes consumieron alcohol antes de los 6 meses del tratamiento, ($p=0.004$). Concluyeron que el riesgo de adquirir la infección de tuberculosis y el desarrollo de la enfermedad de la TB activa es un factor de riesgo en los individuos que beben alcohol.

Craig et. al., (2007) examinaron el impacto de factores sociales en el manejo de la tuberculosis en un hospital de Londres. De 250 casos nuevos de pacientes con tuberculosis entre 20 y 39 años, con una edad promedio de 33.82, el 56.8% eran del sexo masculino, el 32% no tenían hogar o compartían temporalmente alojamiento con familiares o amigos, el 39% recibieron beneficio de bienestar social y el 13.2% no tenían ingresos. La duración promedio del tratamiento fue de 194.5 días (rango 166-647 días). La prolongación del tratamiento se asoció con el uso de drogas/alcohol $z= 3.32$ $p<0.001$, con el tratamiento previo de TBP, $z= -5.15$ $p<0.001$ y se asocio el consumo de alcohol en aquellos que tenían resistencia para tomar los medicamentos, $z=3.48$ $p<0.001$.

Lozano, Plasencia, Ramos, García y Mahíquez (2009) realizaron un estudio para determinar los principales factores de riesgo socioeconómicos en pacientes con TBP en un municipio de Santiago de Cuba, participaron 36 personas mayores de 15 años divididos en dos grupos: el de casos= 12 personas y el de control=24 en donde predominó el sexo masculino con un 66.6%. Reportó que el 50% ingerían alcohol con un $OR= 2.3$ $p<0.01$ siendo este el principal factor asociado causalmente con el proceso de la TBP, de tal modo si fuese eliminado el consumo de alcohol, disminuiría en un 95.6% el padecimiento de la enfermedad.

Ballester, Cervera, Castelló, Cid, Cervera y Fayor (2002), realizaron un estudio retrospectivo de pacientes con tuberculosis y su relación con el alcohol, en un hospital de Valencia. Los participantes fueron 70 pacientes de los cuales 47 bebían alcohol y 23 no, encontraron como resultado, en relación a la incidencia de consumo de alcohol por género, diferencia significativa en los hombres $OR= 2.29$ (1.06-4.95), $p=0.0344$, que en las mujeres, $OR= 1.43$ (0.20-10.55), $p=0.6732$. En relación al consumo de alcohol en los pacientes con TBP por estado civil, se encontró que en el grupo de casados, beben alcohol 9/23 y no beben 14/23; mientras que en el grupo sin pareja, beben 38/47 y no beben 9/47 ($p=0.0004$) lo que significa que quienes tiene TBP y no tienen pareja marital presentan mayor consumo de alcohol.

Gullón et. al., (2007), realizaron un estudio en un hospital de Santa Cruz de Tenerife, España con el propósito de analizar si el consumo de alcohol retrasa la negativización microbiológica en pacientes con TBP. Se consideró conversión Bacteriológica retardada (CR) a la persistencia de dos cultivos positivos al segundo mes del inicio del tratamiento antituberculoso relacionándose con factores de riesgo. Participaron 98 pacientes con TBP con una edad promedio 40.47 (de=16-69) años. Del total de pacientes, 47.9% presentaban factores de riesgo asociados. Los más comunes fueron el consumo de alcohol (27.8%). En el análisis univariado la CR se relacionó con el consumo de alcohol ($p=0.04$), tiempo de evolución de los síntomas mayor de 60 días ($p=0.03$), presentación radiológica y bilateral ($p=0.01$) y tabaquismo ($p=0.007$).

De acuerdo a la literatura revisada hasta el momento, se ha reportado que el consumo de alcohol es un factor de riesgo que influye para el desarrollo de la tuberculosis pulmonar (Rehm et al., 2009; Morán, Harbour, Teeter, Musser y Graviss 2007; Lozano, Plasencia, Ramos, García y Mahíquez 2009).

La prevalencia de consumo de alcohol que se reporta en la población mayor de 18 años ha sido en mayor proporción la Global. El tipo de consumo de bebidas alcohólicas que reportan los estudios ha sido en mayor proporción el consumo sensato de 41 a 86 % seguido de consumo dependiente de 12 a 40% y consumo dañino de 6 a 32%.

Los pacientes que consumen alcohol y están en tratamiento de TBP presentan menor pego al tratamiento observándose en mayor proporción en género masculino, viven sin pareja, tener bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, en comparación con las personas que no consumen bebidas alcohólicas. Así mismo la resistencia y la prolongación del tratamiento según lo estipulado por la Normas Oficiales (Culqui, Grijalva, Reategui, Cajo, Suárez, 2005; Anibarro, et. al., 2003; Craig et. al., 2007; Gullón et. al., 2007; Moran, 2007; NOM-006-SSA2-1993).

Definición de Términos

Para el presente estudio se consideraron los siguientes términos.

Edad; son los años cumplidos que refiere tener el adulto participante.

Sexo; se refiere al género clasificado como masculino y femenino.

Escolaridad; corresponde al número de años que refiere haber estudiado formalmente el adulto participante.

Ocupación; es la actividad remunerada que el adulto participante refiere realizar.

Consumo de alcohol; es la ingesta de alcohol que reporta la persona con diagnóstico de TBP en tratamiento, en relación con la frecuencia y cantidad y de acuerdo a su clasificación de consumo sensato, dependiente y dañino.

El consumo sensato es la ingesta que reporta la persona con diagnóstico TBP en tratamiento de no más de cuatro bebidas estándar (40grs. de etanol) no más de tres veces en los hombres y en las mujeres no más de dos bebidas (20grs. de etanol) como máximo tres veces por semana.

El consumo dependiente es cuando el adulto participante ingiere de cuatro a nueve copas en un día típico en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres de tres a cinco copas por ocasión, además de haber dejado de realizar actividades por causa del consumo, le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado ó haber bebió a la mañana siguiente después de haber bebido con exceso el día anterior. El consumo dañino ocurre cuando el participante ingiere de diez o más copas en un día en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres son de seis o más copas por ocasión además que algún familiar, amigo o personal de salud le haya manifestado su preocupación por su forma de beber, o alguna persona haya resultado lastimada como consecuencia de su consumo y en el último año al menos una vez olvido algo que había pasado cuando estuvo bebiendo.

Prevalencia de consumo de alcohol: es una medida epidemiológica de frecuencia que se obtiene a través del número de personas que consumen alcohol sobre el total de

los participantes con TBP en tratamiento multiplicado por 100 y esta se clasifica en Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea.

Prevalencia Global: medida epidemiológica que determina la frecuencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica: medida epidemiológica que determina la frecuencia de consumo de alcohol en el último año.

Prevalencia actual: medida epidemiológica que determina la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días.

Prevalencia instantánea: medida epidemiológica que determina la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 7 días.

Apego al tratamiento: Son los resultados esperados o conductas promotoras y protectoras de salud, que realiza el paciente que consume bebidas con alcohol y están en tratamiento antituberculoso, caracterizadas por: ingesta de los fármacos, asistir a las citas programadas, el monitoreo de baciloscopias, asistencia a consulta por problemas propios de la enfermedad y tratamiento, cuidados personales propios de la enfermedad, de higiene, alimentación, entre otros. (Rodríguez, 2001)

Objetivos

1.-Conocer la prevalencia; global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en pacientes con tuberculosis pulmonar que están en tratamiento.

2.-Determinar el tipo de consumo de alcohol; sensato, dependiente y dañino en las personas con TBP que están en tratamiento.

3.-Conocer la relación de la edad, años de estudio, género, situación laboral y apego al tratamiento antituberculoso (CATA) con el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP en tratamiento.

4.- Determinar el efecto de la edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital y consumo de alcohol con el apego al tratamiento de TBP

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, así como los instrumentos de medición que se utilizaron, el procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y el análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999), fue descriptivo porque se observó, documentó y describió el consumo de alcohol y el apego del tratamiento en personas con diagnóstico de TBP como ocurre de manera natural sin manipular las variables y es correlacional porque se determinó la relación entre la prevalencia de consumo de alcohol y el tipo de consumo de alcohol con apego del tratamiento en personas con diagnóstico TBP, en relación con la edad, género, escolaridad, estado civil y ocupación.

Población Muestreo y Muestra

La población del estudio la conformaron 733 personas mayores de 18 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de TBP que reciben tratamiento, adscritos para su atención en los centros de salud de cuatro jurisdicciones de la Secretaría Estatal de Salud en el área metropolitana de Monterrey N.L., el diseño de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple.

La muestra se dedujo a través del paquete estadístico n'Query Advisor versión 4.0. Se calculó cuando el parámetro es una proporción, con un enfoque conservador ($p=q=.5$), con un límite de error de estimación del 5.9%, la muestra final fue de $n=202$ sujetos.

Instrumentos de Medición

Para la medición de las variables del presente estudio se utilizaron una Cedula de Datos Sociodemográficos (CDS), Historial de Consumo de Alcohol (HCA), El Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) y por último El Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA).

La Cedula de Datos Sociodemográficos (CDS) (apéndice A); comprenden: la edad, género, escolaridad, ocupación y el estado civil. El Historial de Consumo de Alcohol (HCA) (apéndice A); cuestiona el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, el último mes, última semana y tipo de bebida de preferencia, el consumo de alcohol antes de conocer el diagnóstico y antes del tratamiento, consumo de alcohol en un día típico.

El Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) (apéndice B) (De la Fuente y Kershenovich, 1992) examina el uso de alcohol de los participantes en los últimos 12 meses, determina los patrones de bebidas y explora áreas de consumo excesivo (apéndice B). Consta de 10 reactivos, los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol. La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 1 a 3 se considera un consumo sin riesgo (sensato), si se obtiene de 4 a 7 puntos se considera como consumo dependiente y si se registran de 8 a 40 puntos se considera un consumo de riesgo elevado o dañino de alcohol. Este instrumento se ha utilizado en estudios con trabajadores de maquiladoras de Matamoros Tamaulipas, en trabajadores de la industria petroquímica del sur de Veracruz y en trabajadores de salas de urgencias y han obtenido un Alpha de .73 a .87 (Cortaza & Alonso, 2007; Flores, Rodríguez & Guzmán, 2006; Vargas, Moreno & Alonso, 2005).

El Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA) (apéndice C), se utilizó para medir el apego al tratamiento que son los resultados esperados o conductas promotoras y protectoras de salud. Fue elaborado por (Rodríguez, 2001),

considerando de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control a la tuberculosis NOM-168-SSA1-1998, consta de doce reactivos con patrón de respuesta de cuatro opciones que son: 1= Nunca(N), 2= Algunas veces(A), 3= Frecuentemente (F), Rutinariamente(R). El cuestionario tiene valor máximo de 48 puntos y un mínimo de 12 puntos lo que indica que a mayor puntaje mayor apego al tratamiento de la TBP, se valora; ingesta de los fármacos, asistir a las citas programadas, el monitoreo y resultados de baciloscopias, asistencia a consulta por problemas propios de la enfermedad y tratamiento, búsqueda de información de aspectos de salud, , vigilancia y medición de peso corporal, alimentación, cuidados personales propios de la enfermedad e higiene personal. Este instrumento presento un Alpha de Cronbach de .89 y fue aplicado por López & Rodríguez (2001) en personas con diagnóstico de TBP en un municipio del Estado de Veracruz.

Procedimiento de Recolección de Datos

Se solicitó la autorización del estudio a las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Posteriormente se solicitó por escrito la autorización de las autoridades de las cuatro Jurisdicciones de la Secretaría de Salud para llevar a cabo el estudio.

Se solicitó un espacio en los diferentes centros de salud para citar a las personas con el diagnóstico de TBP que estén en tratamiento las cuales fueron seleccionadas aleatoriamente de las listas de la Secretaría de Salud a través del paquete Microsoft Excel, los pacientes seleccionados se les dió una breve explicación de los propósitos del estudio y se les invitó a participar, planeando con ellos una cita, en caso de que no acudieran a la cita se realizó una visita a su domicilio para motivarlos a colaborar en el estudio, se le explicaron los objetivos del estudio y se solicitó firmar el consentimiento informado (apéndice E) al participante. Se cuidó la privacidad del participante, aplicándole los cuestionarios en un lugar privado del centro de salud o en sus hogares y

se le indicó que se le respetaría la decisión de participar o no en el estudio así como de su anonimato. Una vez que aceptaron participar se les proporcionó los cuestionarios para contestarlos en ese momento.

La recolección se inicio con la Cedula de Datos Sociodemográficos (CDS), posteriormente con el Historial de Consumo de Alcohol (HCA), después el cuestionario de Identificación de Desórdenes por uso de Alcohol (AUDIT) y por último el Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA). Al finalizar la aplicación de los cuestionarios se le agradeció la participación a cada uno de los participantes.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987); se contó con la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, Fracción VII). En el Título II Capítulo I de acuerdo con el artículo 13, en la que el ser humano es el sujeto de estudio, se respetó la dignidad y protección de los derechos, así como el bienestar de los participantes al no identificar ni divulgar los resultados de los cuestionarios, por ello la entrevista se realizó en centros de salud y en la vivienda en forma personal y privada de forma voluntaria, esto fue respetando a la persona, procurado estar atento a cualquier situación que lo incomodara para cuidar su tranquilidad, así mismo contar con su plena autorización y con el compromiso de que la información sería confidencial.

Conforme a lo establecido por el artículo 14, Fracción V se obtuvo el consentimiento informado (apéndice E) por escrito del sujeto de investigación, Fracción VII, se contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, se llevó a cabo al contar con la autorización de las autoridades de la Secretaría de Salud donde se realizó la investigación.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 16, se respeto la privacidad del participante, al entrevistarlo en forma individual y asegurar el anonimato durante el estudio. Además en esta investigación no se solicitó el nombre del participante cuidando el anonimato; los cuestionarios se colocaron en un sobre y se resguardarán en un lugar seguro, por 12 meses y posteriormente se destruirán. El presente estudio se considera de riesgo mínimo (Artículo 17, Fracción II) dado que los instrumentos de medición abordaron aspectos relacionados con el consumo de alcohol y la enfermedad de tipo transmisible, situación que pudiera incomodar a los participantes y ocasionar reacciones emocionales, en caso de ser así se detendría la entrevista y se continuaría en cuanto el participante lo decidiera, situación que no se presentó.

Se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes del estudio, se le explicó claramente la justificación y objetivos de la investigación así también se dio libertad de retirarse del estudio en el momento que lo decidieran, con la seguridad de permanecer en el anonimato y que no afectara su situación así como mantener la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Artículo 21 Fracción I, IV, VI, VII, VIII).

Análisis de Datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows versión 17.0. Para el análisis de las variables del estudio se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para la estadística descriptiva se calcularon frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov con la corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables, con ello se rechazó de la hipótesis de normalidad, por lo que se aplicó estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al Objetivo uno que señala Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en pacientes con tuberculosis pulmonar que están en tratamiento, se

obtuvieron frecuencias y proporciones con estimación puntual con intervalo de confianza del 95%, así como medidas de tendencia central y variabilidad.

Para dar respuesta al Objetivo dos que señala Determinar el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP que están en tratamiento, se obtuvieron índices, frecuencias y proporciones con estimación puntual con intervalo de confianza del 95%, así como medidas de tendencia central y variabilidad.

Para dar respuesta al Objetivo tres que señala Conocer la relación de la edad, años de estudio, género, situación laboral y apego al tratamiento antituberculoso (CATA) con el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP en tratamiento, se obtuvieron índices y se utilizó un Coeficiente de correlación de Spearman y Pruebas de Chi-Cuadrada de Pearson.

Para dar respuesta al Objetivos cuatro que señala Determinar el efecto de la edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital con el apego al tratamiento de TBP. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones e índices, así mismo se utilizó estadística inferencial a través del Modelo de Regresión Lineal Múltiple y la Prueba U de Mann Whitney.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio consumo de alcohol y apego al tratamiento en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, los datos se ordenan de la siguiente forma, primeramente se presenta la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente se presentan la estadística descriptiva la cual incluye datos sociodemográficos de las variables y finalmente la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 1

Coefficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos

Instrumento	Reactivos	No de reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Identificación de Desórdenes por uso de Alcohol (AUDIT)	1-10	10	.90
Consumo Sensato	1, 2, 3	3	.83
Consumo Dependiente	4, 5, 6	3	.91
Consumo Dañino	7, 8, 9 y 10	4	.79
Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA)	1-12	12	.93

En la tabla 1 se observa la consistencia interna de los instrumentos aplicados en el presente estudio. El cuestionario AUDIT, reportó un Alpha de Cronbach de .90 y las subescalas de .79 a .91 y el CATA, reportó un Alpha de Cronbach de .93 por lo que la consistencia interna se considera aceptable, de acuerdo con Polit & Hungler, (1999).

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Factores Sociodemográficos (Variables categóricas)

VARIABLES	<i>f</i>	%
Genero		
Masculino	143	70.8
Femenino	59	29.2
Estado marital		
Con pareja	128	63.3
Sin pareja	74	36.7
Situación Laboral		
Si trabaja	108	53.5
No trabaja	94	46.5

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes del estudio. Respecto al género se observa que la mayor proporción de los participantes fueron del género masculino (70.8%). En relación al estado marital la proporción más alta fue para las personas que tienen pareja (63.3%), (casados y en unión libre) y el 36.7% no tiene pareja (solteros, divorciados y viudos). En lo que se refiere a la situación laboral de los participantes el 53.5% tienen trabajo con ocupación de

empleados, obreros, albañiles y profesionista el resto de los participantes no cuenta con trabajo remunerado. (Apéndice D)

Estadística Inferencial

Tabla 3

Prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Val min.</i>	<i>Val máx.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	202	36.6	35.00	12.87	18	82	1.056	.046
Años de Escolaridad	202	7.84	9.00	2.48	0	15	2.767	.000
Consumo en un día típico	174	6.69	6.00	5.12	1	40	2.153	.000
Edad inicio de consumo	174	17.22	17.00	6.31	12	30	3.302	.000
Índice AUDIT	174	21.63	15.00	19.18	2.50	90.00	2.449	.000
Consumo Sensato	174	38.21	33.33	22.89	.00	100.00	1.937	.001
Consumo Dependiente	174	13.02	.000	19.86	.00	100.00	5.007	.000
Consumo Dañino	174	15.66	3.12	22.26	.00	87.50	4.342	.000
Í. CATA	202	37.76	69.44	7.21	25	100	1.48	0.25

En la Tabla 3, se muestra la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se observa que la media de edad de los participantes es de 36.6 años ($DE= 12.87$), tienen un promedio de 7.84 ($DE= 2.48$) de estudio, la edad de inicio de consumo de alcohol presentó una media de 17.22 años ($DE= 6.31$) con una edad mínima de 12 y una máxima de 30, el Índice del AUDIT presentó una media de 21.63 ($DE= 19.18$). Así mismo se muestra que la mayoría de las variables no presentaron normalidad en su distribución por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer objetivo que señala; determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo del alcohol en pacientes con TBP que están en tratamiento, se describe la siguiente tabla.

Tabla 4

Prevalencias de consumo de alcohol en pacientes con TBP

Prevalencia de consumo de alcohol	f	%	IC al 95%	
			LI	LS
Global	174	86.1	81	90
Lápsica	123	60.9	54	67
Actual	69	34.2	27	40
Instantánea	39	19.3	13	24

En la tabla 4 se muestran la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol, dando como resultado una prevalencia global de 86.1% ($IC=81-90$), prevalencia lápsica de 60.9% ($IC=54-67$), prevalencia actual de 34.2% ($IC= 27-40$) y por último la prevalencia instantánea de 19.3% ($IC= 13-24$).

Para dar respuesta al segundo objetivo que señala; determinar el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP que están en tratamiento, se describe en la siguiente tabla.

Tabla 5

Tipo de consumo de alcohol en personas con TBP

Tipo de consumo de alcohol	<i>f</i>	%	IC al 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Sensato	61	30.2	27	42
Dependiente	39	19.2	16	28
Dañino	74	36.6	35	49
Nunca han consumido	28	14.0	12	26

En la tabla 5 se muestra el tipo de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que están en tratamiento antituberculoso, se encontró que el 30.2% ($IC= 27-42$) tienen consumo sensato, el 36.6% ($IC= 35-49$) presenta consumo dañino y el 19.2% ($IC= 16-28$) consumo dependiente. En cuanto a las personas que nunca han consumido se encontró un 14% ($IC= 12-26$).

Para dar respuesta al tercer objetivo que señala; conocer la relación de la edad, años de estudio, género, situación laboral y apego al tratamiento antituberculoso (CATA) con el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP en tratamiento. Primero se obtuvieron las frecuencias y proporciones del CATA y posteriormente se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman y la Chi-Cuadrada de Pearson, como se muestra en las tablas 6 a la 9.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA)

Reactivos	(N)		(A)		(F)		(R)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.- ¿Toma los medicamentos según las indicaciones medicas?	1	.5	11	5.4	60	29.6	130	64
2.- ¿Asiste a las consultas indicadas o programadas?	3	1.5	28	13.8	74	36.5	97	47.8
3.- ¿Colecta las muestras de flema para el examen de baciloscopia cuando se lo piden?	1	.5	22	10.8	87	42.9	92	45.3
4.- ¿Pregunta o se informa sobre los resultados de la baciloscopia?	3	1.5	29	14.3	92	45.3	78	38.4
5.- ¿Cuándo presenta molestias o síntomas por causa de su enfermedad acude a la clínica?	9	4.4	41	20.2	87	42.9	65	32
6.- ¿Busca información para cuidarse mejor de su enfermedad en revistas, libros, folletos, consejos con el personal de salud y otros?	49	24.1	79	38.9	41	20.2	33	16.3
7.- ¿Vigila y mide su peso?	5	2.5	59	29.1	79	38.9	59	29.1
8.- ¿Consumo una buena alimentación que le ayude a recuperarse?	5	2.5	57	28.1	70	34.5	70	34.5
9.- ¿Tiene mayor cuidado al toser, expectorar o escupir?	2	1	32	15.8	88	43.3	80	39.4
10.- ¿Cuida que sus artículos personales sean utilizados únicamente por usted?	2	1	38	18.7	77	37.9	85	41.9
11.- ¿Tiene mayor cuidado con su higiene personal?	0	0	23	11.3	84	41.4	95	46.8
12.- ¿Mantiene su habitación en buenas condiciones higiénicas?	3	1.5	32	15.8	76	37.4	91	44.5

Nota: N significa nunca, A= algunas veces, F= frecuentemente y R= rutinariamente.

En la tabla 6 se muestra el apego al tratamiento a través de las conductas promotoras y protectoras de salud, se destaca que las conductas que con frecuencia y rutinariamente realizan su toma de medicas según las indicaciones medicas (64%), colecta las muestras de flemas cuando se lo piden (88.2%), tiene mayor cuidado con su higiene (88.2%). Sin embargo cabe destacar que la cura que menos realiza es la búsqueda de información para cuidar su enfermedad (63%).

Tabla 7

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio

Relación	1	2	3	4	5	6	7
1.edad	1.000						
2.años de estudio	-.448** .00	1.000					
3.Consumo sensato	.100 .189	-.052 .498	1.000				
4.Consumo dependiente	.099 .565	-.139 .068	.646** .000	1.000			
5.Consumo dañino	.006 .941	-.167* .027	.617** .000	.764** .000	1.000		
6.I. AUDIT	.061 .427	-.121 .112	.883** .000	.842** .000	.867** .000	1.000	
7.I. CATA	-.123 .081	.168* .017	-.457** .000	-.402** .000	-.416** .000	-.475* .000	1.000

** La correlación es significativa al nivel $p < .01$ * La correlación es significativa al nivel $p < .05$

En la tabla 7 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables del estudio, se encontró correlación negativa y significativa de los años de estudio con el consumo dañino ($r_s = -.16, p = .02$) lo que indica que a menor escolaridad mayor es el consumo de tipo dañino. Los años de estudio presentaron correlación positiva y significativa con el apego al tratamiento ($r_s = .16, p = .01$) lo que indica que a mayor escolaridad mayor es el apego al tratamiento. El apego al tratamiento se correlaciono de forma negativa y significativa con el índice total del AUDIT y con los tipos de consumo de alcohol sensato ($r_s = -.457, p = .00$), dependiente ($r_s = -.402, p = .00$) y el dañino ($r_s = -.16, p = .02$), es decir que a mayor consumo de alcohol menor apego al tratamiento.

Tabla 8

Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson del tipo de consumo de alcohol por género

Tipo de consumo por género	Sensato	%	Dependiente	%	Dañino	%	X^2	p
Femenino	27	44.3	3	7.7	5	6.8	34.09	.00
Masculino	34	53.7	36	92.3	69	93.2		

En la tabla 8 se muestra la relación del género con el tipo del consumo de alcohol, los resultados presentan diferencia significativa ($X^2 = 34.09, p = .000$), el género masculino presenta mayor consumo dañino (93.2%), seguido de consumo dependiente (92.3%) y por último el consumo sensato (53.7%) en comparación con el género femenino que presenta mayor consumo sensato (44.3%).

Tabla 9

Prueba de Chi-Cuadrada de Pearson del tipo de consumo por situación laboral

Tipo de consumo y situación laboral	Si Trabaja	%	No Trabaja	%	X^2	p
Sensato	30	49.2	31	50.8	9.60	.008
Dependiente	31	79.5	8	20.5		
Dañino	48	64.9	26	35.1		

En la tabla 9 se muestra la relación de la situación laboral por tipo de consumo de alcohol, la cual presenta diferencia significativa ($X^2=9.60$, $p=.008$) lo que indica que las personas que no trabajan tienen mayor consumo sensato (50.8%), presentaron mayor consumo dependiente (79.5%) y dañino (64.9%) las personas que trabajan. Con estos resultados de da respuesta al objetivo numero tres.

Para dar respuesta al objetivo cuatro que señala; determinar el efecto de la edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital con el apego al tratamiento de TBP. Se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple considerando como variables predictoras; la edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital y como variable dependiente el apego al tratamiento antituberculoso, posteriormente se aplicó la prueba U de Mann Whitney para determinar la diferencias de las variables que presentan efecto significativo con el apego al tratamiento antituberculoso, se muestra en las tablas 10 a la 14.

Tabla 10

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital con el índice del CATA

<i>Modelo 1</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>F cal</i>	<i>p</i>
Regresión	12162.00	2432.40	5	6.946	.000
Residual	68640.95	350.20	196		

$R^2 = .15$

<i>Variables</i>	β	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor de p</i>
edad	-.231	.124	-1.861	.000
genero	12.06	3.47	3.474	.001
escolaridad	.829	.623	1.331	.185
Situación lab.	4.045	3.26	1.239	.217
Estado marital	10.402	2.96	3.513	.001

En la tabla 10 se observa que el modelo fue significativo $F=6.946$, $p=.00$ $R^2= 15\%$, sin embargo se observa también que la variables que contribuyen al modelo fue la edad ($t=-1.861$, $p=.000$), género ($t=3.474$, $p= .001$) y estado marital ($t= 3.513$, $p=.001$). Se aplicó posteriormente el procedimiento de eliminación de variables hacia atrás (Backward) para conocer las variables que tienen mayor contribución los resultados se presentan en las tablas 9 a la 14

Tabla 11

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables edad, género y estado marital con el índice del CATA (Procedimiento de Backward)

<i>Modelo 1</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>F cal</i>	<i>p</i>
Regresión	10989.896	3663.299	3	10.390	.00
Residual	69813.070	352.591	198		

$$R^2=.13$$

<i>Variables</i>	β	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor de p</i>
edad	-.314	.108	-2.917	.004
genero	9.881	2.906	3.400	.001
Estado marital	11.295	2.867	3.940	.00

En la tabla 11 se muestran los resultados posteriores al procedimiento Backward para las variables edad, género, escolaridad, situación laboral y estado marital con el índice del CATA. En el modelo se explica que solo las variables edad ($\beta=-.314$, $p=.004$), género ($\beta=9.88$, $p=.001$) y estado marital ($\beta=11.29$, $p=.000$) tienen efecto significativo con el apego al tratamiento ($F= 10.390$, $p=.000$, $R^2= 13\%$).

Tabla 12

Prueba U de Mann Whitney de apego al tratamiento por género

<i>género</i>	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor p</i>
Masculino	143	68.5	66.6	2834.5	.000
Femenino	59	78.6	83.3		

En la tabla 12 se muestra la diferencia de media y mediana de apego al tratamiento por género, se observó una diferencia significativa ($U=2834.5$ $p<.001$)

demostrando que las mujeres tienen mayor apego al tratamiento en comparación con los hombres.

Tabla 13

U de Mann Whitney de apego al tratamiento en estado civil

Pareja	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor p</i>
Con pareja	128	74.2	75.0	3814.0	.015
Sin pareja	74	67.0	63.8		

En la tabla 13 se muestra la diferencia de media y mediana del apego al tratamiento por estado marital (si tiene pareja o no), se observó diferencia significativa ($U=3824.0$ $p<.015$) demostrando que las personas con pareja marital se apegan más al tratamiento en comparación con los que no tienen pareja marital.

Hallazgos Adicionales

Tabla 14

Prevalencia de la ingesta de alcohol antes del tratamiento y del diagnostico

	<i>f</i>	%	IC al 95%	
			<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Ingería antes del TX Si	138	68.3	.62	.75
Ingería antes del DX Si	136	67.3	.67	.74

En la tabla 14 se observa que la mayoría de las personas que participaron en el estudio ingerían bebidas alcohólicas antes conocer el diagnostico (67.3%) de la TBP y antes de iniciar el tratamiento (68.3%)

Capítulo IV

Discusión

El estudio permitió aplicar empíricamente los conceptos de consumo de alcohol y apego al tratamiento en 202 participantes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar adscritos en cuatro jurisdicciones del área metropolitana de Monterrey Nuevo León.

El perfil sociodemográfico de los participantes del estudio mostró una media de edad de 36 años, el 70.8% corresponde al sexo masculino, tienen un promedio de 7.8 años de escolaridad y el 37.7% reportó tener estudios de nivel básico (1° y 2° año de secundaria). De acuerdo al estado civil el 63.4% son casados o viven en unión libre, en cuanto a la situación laboral el 56.4% trabajan y se desempeñan como empleados, obreros y albañiles, el 17.3% no trabaja y el resto se dedica a las labores del hogar y los que realizan algunos estudios. La edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes presentaron una media de 17.22 años (DE= 6.31).

Este perfil concuerda parcialmente con los estudios realizados por Craig et al., (2007) quienes realizaron un estudio en Londres en población de entre 20 y 39 años con diagnóstico de TBP, mencionan que la media de edad fue de 33.82 años, el 56.8% eran del sexo masculino y el 13.2% no tenían empleo. Por su parte Culqui et. al., (2005); Musayón, (2009) en estudios realizados en este tipo de grupos en el Perú, reportaron un 40.6% de los participantes tenían estudios básicos, la media de edad de 30 años y el 65 a 72.4% eran del género masculino. Probablemente los datos reportados en el presente estudio con relación a género, edad, tipo de empleo, escolaridad y edad de inicio de consumo de alcohol, representan de alguna forma un perfil característico de las personas que no se apegan o fracasan en el control del apego al tratamiento de tuberculosis.

En relación al primer objetivo que planteó determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo del alcohol en personas afectadas por tuberculosis se encontró una prevalencia global de consumo de alcohol (alguna vez en la vida) de 86.1%, la prevalencia lápsica de consumo de alcohol (en el último año) de

60.9%, la prevalencia actual (en el último mes) de 34.2% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 19.3%. Algunos de estos resultados se aproximan con el estudio de Morán; Harbour; Teeter; Musser y Graviss, (2007), quienes realizaron un estudio en Houston Texas; reportaron que las personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que participaron en el estudio un 50% ingería bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 58.8% de los participantes ingerían bebidas alcohólicas en el último año y el 41.1% ingería bebidas alcohólicas los últimos 30 días.

En el grupo de personas con enfermedad crónica (Diabetes Mellitus) estudio realizado en un municipio del estado de Nuevo León, por Solís, Alonso y López, (2009), reportaron una prevalencia de consumo de alcohol, global de 62%, prevalencia lápsica de 53.7%, actual de 47.2% e instantánea de 35.2%. Así mismo, López, (2004) en un estudio realizado en el Estado de Tabasco reporta una prevalencia global de 87% y prevalencia lápsica de 83.5%. Estos resultados difieren probablemente por el tipo de enfermedad de los participantes, sin embargo se puede considerar más del 50% de las personas que han experimentado el consumo de alcohol continúan con el hábito en el último año y a pesar de tener un diagnóstico de enfermedad crónica el 34.2% mantiene esta conducta de forma habitual, situación no saludable para su estado de salud. El consumo de alcohol como un factor que puede estar influyendo en el apego al tratamiento, por otra parte el consumo de alcohol, dada las prevalencias encontradas podrían estar influyendo en la duración prolongada del mismo, la accesibilidad y disponibilidad de bebidas con alcohol en el contexto de la persona contribuye de forma significativa.

En relación con el segundo objetivo que planteó determinar el tipo de consumo de alcohol; sensato, dependiente y dañino en las personas con TBP que están en tratamiento se encontró que el tipo de consumo sensato, dependiente y dañino es de 30.2% ($IC= 27-42$), 19.2% ($IC= 16-28$), y 36.2% ($IC= 35-49$), respectivamente. Estos resultados difieren con lo reportado por la ENA (2008) en población general mayor de

18 años de edad, quien informa el tipo de consumo sensato 14.8% y el consumo dependiente/dañino en 45.3%. Sin embargo Musayón ,(2009) en un estudio sobre consumo de alcohol en personas con TBP en el Perú, reportó en relación a los que consumían , tipo de consumo de alcohol; 45% con consumo sensato, 25% con consumo dependiente y 30% con consumo dañino. Los resultados encontrados en el presente estudio son casi similares a lo referido por los autores, lo que probablemente este influyendo en las bajas tasas de curación o falta de apego a los tratamientos en los pacientes que tienen un consumo de alcohol dependiente y dañino y por consecuencia producir a largo plazo la resistencia a los fármacos. El consumo alto de alcohol en los pacientes con tuberculosis pulmonar, están asociados con el deterioro inmunológico y la desnutrición, probablemente son factores determinantes para la curación de la enfermedad (Anibarro et al., 2003).

En este sentido es importante considerar la necesidad de que quienes presentan consumo sensato ó dependiente no avancen al consumo dañino por lo que las acciones del personal de enfermería para la prevención secundaria del consumo de alcohol son apremiantes. Probablemente estos rasgos característicos de consumo de alcohol son propios de las personas con diagnostico de TBP y su prevalencia es afectada en los países en desarrollo donde la transición epidemiológica y su rezago afecta a las poblaciones más desfavorecidas. La TBP pertenece al grupo de enfermedades prevenibles, considerada como un problema reemergente incluso con intervenciones de bajo costo, afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso a bienes y servicios básicos. Por otra parte el consumo de alcohol es considerado como uno de los padecimientos que produce la perdida de una cantidad importante de AVISA y esté aumenta considerablemente cuando se asocia con la TBP, así mismo la literatura afirma que el consumo de alcohol se considera como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la tuberculosis pulmonar (Secretaría de Salud, 2007).

Otro aspecto a considerar es el consumo de alcohol reconocido como un problema social y de salud pública que afecta a grandes grupos de población en el país. En México el patrón de consumo es de baja frecuencia y alta cantidad es decir, poco frecuente el consumo de alcohol, pero cuando ingieren bebidas alcohólicas lo hacen en grandes cantidades, esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas de salud, problemas familiares y problemas con la ley (ENA, 2008).

En relación con el objetivo tres que señala; conocer la relación de la edad, años de estudio, género, situación laboral y apego al tratamiento antituberculoso (CATA) con el tipo de consumo de alcohol en las personas con TBP en tratamiento, se encontró correlación negativa y significativa de los años de estudio con el consumo dañino ($r_s = -.16$, $p = .02$) lo que indica que a menor años de estudio mayor es el consumo de tipo dañino. El tipo de consumo de alcohol por género mostro diferencia significativa, ($X^2 = 34.09$, $p = .000$) los hombres presentaron mayor consumo; sensato, dependiente y dañino que las mujeres con 55.7%, 92.3% y 93.2% respectivamente. En relación a la situación laboral se demostró que existe diferencia significativa ($X^2 = 9.60$, $p = .008$), los que trabajan presentan mayor consumo dependiente (79.5%) y dañino (64.9%), en comparación con las que no trabajan (20.5%, 35.1%) respectivamente.

El apego al tratamiento se correlacionó de forma negativa y significativa con el índice total del AUDIT y con los tipos de consumo de alcohol, sensato ($r_s = -.457$, $p = .00$), dependiente ($r_s = -.402$, $p = .00$) y dañino ($r_s = -.16$, $p = .02$), es decir que a menor apego al tratamiento de TBP, mayor es el consumo de alcohol.

Algunos de estos resultados coinciden con Ballester, Cervera, Castelló, Cid, y Fayor (2002), quienes realizaron un estudio en España para determinar la asociación de TBP y alcohol; en relación al consumo de alcohol por género, reportaron una diferencia significativa en los hombres ($OR = 2.29$, $IC = 1.06-4.95$, $p = 0.034$) los cuales consumen más alcohol en comparación con las mujeres ($OR = 1.43$, $IC = 0.20-10.55$, $p = 0.67$). Por

otro lado Lozano et. al., (2009) realizaron un estudio en Cuba con pacientes de TBP; encontraron que la edad es un factor de exposición al consumo de alcohol en los participantes de 45 y mas años de edad, el género masculino presento un mayor consumo de alcohol (66.6%) en comparación con el género femenino, también encontraron que la baja escolaridad es un factor predisponente para el consumo de alcohol y el 83.3% de los participantes tenían un empleo pero no se encontró asociación con el consumo de alcohol. Por otro lado Rehm et al., (2009) realizaron una revisión sistemática en Rusia; encontraron que las personas con tuberculosis que interrumpieron el curso del tratamiento o no se apegaban a dicho tratamiento, el 47.7% eran consumidores de alcohol.

El hecho de que el consumo de alcohol sea mayor en el género masculino en personas con diagnostico de TBP no difiere con los datos reportados por la ENA, 2008 quien informa, que en la población general mexicana el consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. Es probable que esta diferencia de consumo de alcohol entre los hombres y las mujeres dependa de las normas sociales, las cuales son más estrictas para las mujeres que para los hombres; esta conducta de consumo en el hábito del hombre es aceptado socialmente, por las múltiples actividades sociales culturales donde el consumo de alcohol es expresado como un vínculo de socialización sin importar el estado de salud de la persona (Tapia, 2001).

En relación con los años de escolaridad, se encontró que los participantes que tenían menos años de estudio presentaron mayor consumo de alcohol de tipo dañino, este resultado confirma en primer lugar la relación consumo de alcohol y TBP donde probablemente la baja escolaridad este influyendo de forma negativa en cambios de conducta respecto al consumo de alcohol y las consecuencias que se ocasionan.

Los participantes que trabajan presentaron un mayor consumo de tipo dependiente y dañino, probablemente la población que percibe remuneración económica está teniendo mayor disponibilidad y accesibilidad para la compra de bebidas

alcohólicas, sin considerar el riesgo e ineffectividad del tratamiento al combinar el alcohol y los fármacos, aspecto similar a lo que sucede en la población general (Fernández, 2001). Los participantes que presentaron menor apego al tratamiento presentaron mayor consumo de alcohol, probablemente el desinterés o desconocimiento de las conductas protectoras para tratar la TBP no han sido aprendidas y por lo tanto no se llevan a cabo.

En relación con el objetivo cuatro que señala; determinar la relación de la edad, género, años de estudio, situación laboral y estado marital con el apego al tratamiento de TBP. Se determinó una relación o efecto significativo ($F= 10.390, p=.000, R^2= 13\%$), las variables que mostraron mayor contribución con el apego al tratamiento fue la edad ($\beta=-.314, p=.004$), género ($\beta=9.88, p=.001$) y estado marital ($\beta=11.29, p=.000$). En relación con la edad, las personas de menor edad tienen mayor apego al tratamiento ($\beta=-.314, p=.004$). El género mostró diferencia significativa ($U= 2834.5, p= .000$), las mujeres tienen mayor apego al tratamiento ($\bar{X}= 78.6$), en comparación con los hombres ($\bar{X}= 68.5$). El estado marital presentó diferencia significativa ($U= 3814.0, p= .015$), las personas que tienen pareja presentaron mayor apego al tratamiento ($\bar{X}= 74.2$) en comparación con las personas que no tienen pareja ($\bar{X}= 67.0$).

Estos resultados coinciden de alguna forma con López, (2001) quien realizó un estudio en personas con diagnóstico de TBP, en un Municipio del Estado de Veracruz con el objetivo de conocer el apego al tratamiento, la edad mostró correlación negativa significativa, ($r_s=-.23, p>.05$) similar a lo encontrado en el presente estudio, lo que puede indicar que la población joven con diagnóstico de TBP, están haciendo cambios importantes y tiene la seguridad que lograra la curación de la enfermedad, aunque estén consumiendo alcohol a diferencia de los de mayor edad que posiblemente el consumo de alcohol dependiente y dañino este influyendo en el bajo apego al tratamiento. Por su parte Sosa, Pereira y Barreto, (2005) en un estudio sobre abandono del tratamiento en pacientes con TBP en Nicaragua reportó como factores que influyen en el apego al

tratamiento fueron el género masculino ($OR: 2.51; IC95\%: 1.63$ a 3.94) y el consumo de bebidas alcohólicas ($OR: 5.25; IC95\%: 2.43$ a 12.49).

Ferrer, Kirschaum, Toro, Judine, Muñoz y Espinoza, (1991) en un estudio realizado en Santiago de Chile, sobre apego al tratamiento de TBP reportaron asociación significativa, el estar casados (95.8%) con el apego al tratamiento ($X^2 = 29.89, p = 0.001$) resultados similar a lo encontrado en el presente estudio. Probablemente la condición de género tenga diferencias en la percepción del estado de salud, así mismo la influencia de la cultura en el cuidado de la salud transmitido de generación en generación y en donde la mujer representa una figura importante por el hecho de los roles que desempeña en la sociedad, como madre, proveedora, compañera, colaboradora y cuidadora de los miembros de la familia y otros, este influyendo para que las mujeres se apeguen en mayor proporción que los hombres. En relación con el estado civil los que tienen pareja se apegan mas al tratamiento que las que no tienen pareja, probablemente el apoyo social: emocional y tangible que brinda la pareja, familia o los miembros cercanos de la persona afectada, sean claras manifestaciones de apoyo que estén influyendo en el apego al tratamiento resultado similar con lo reportado por López, 2001 ($r_s = .41, p = .001$), ($F = 1-82 = 16.567, p < 01$).

Así mismo se puede argumentar que el apego al tratamiento, puede ser visto como parte de la responsabilidad de la persona afectada de TBP, sin embargo el consumo de alcohol de tipo dependiente y dañino este provocado alteraciones en los roles sociales, afectando esta responsabilidad del cuidado de su salud.

Conclusiones

El perfil sociodemográfico de los participantes del estudio mostró una media de edad de 36 años, el 70.8% corresponde al sexo masculino, tienen un promedio de 7.8 años de escolaridad y el 37.7% reporto tener estudios de nivel básico (1° y 2° año de secundaria). De acuerdo al estado civil el 63.4% son casados o están en unión libre, en cuanto a la situación laboral el 56.4% trabajan y se desempeñan como empleados, obreros y albañiles, el 17.3% no trabaja y el resto se dedican a las labores del hogar y los que realiza algunos estudios. La edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes presentaron una media de 17 años.

En relación a la prevalencia del consumo de alcohol se encontró una prevalencia global de consumo de alcohol (alguna vez en la vida) de 86.1%, la prevalencia lápsica de consumo de alcohol (en el último año) de 60.9%, la prevalencia actual (en el último mes) de 34.2% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 19.3%.

El tipo de consumo de alcohol de los participantes fue consumo sensato, 30.2% dependiente 19.2% y dañino 36.2%.

Los participantes que tienen a menor años de estudio mayor es el consumo de tipo dañino. Los hombres presentaron mayor consumo; sensato, dependiente y dañino que las mujeres. Los que trabajan presentan mayor consumo dependiente y dañino, en comparación con las que no trabajan. Los participantes que tienen menor apego al tratamiento de TBP, mayor es el consumo de alcohol.

Las personas de mayor edad tienen menos apego al tratamiento, los participantes del género femenino tienen mayor apego al tratamiento en comparación con los hombres y las personas que tienen pareja tienen mayor apego al tratamiento en comparación con las personas que no tienen pareja.

Los instrumentos utilizados en el estudio como el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por uso de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA) presentaron consistencia interna aceptable.

Recomendaciones

Desarrollar en la población que presenta consumo dañino un programa de reducción de daños asociados a la TBP

En estudios posteriores incorporar la variable tiempo de tratamiento para buscar asociación con el apego al tratamiento y obtener tasas de curación.

Incorporar la identificación de contactos extra e intrafamiliares para determinar los tipos de caso en los participantes.

En estudios posteriores identificar de forma correcta las personas que reciben tratamiento de primera línea, retratamiento y los drogoresistentes a fin de conocer los factores que influyen en los tratamientos con drogas de segunda línea.

Profundizar en posteriores estudios la influencia de la edad género y estado marital en el apego al tratamiento por los resultados mostrados en el presente estudio.

Seguir utilizando los instrumentos aplicados en el presente estudio dado por la confiabilidad mostrada.

Se recomienda a los profesionistas de salud que atienden a los pacientes con tratamiento con TBP desarrollar programas de prevención secundaria a fin e evitar la transición al consumo dependiente ó dañino.

Referencias

- Anibarro, L. et. al., (2003). Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra.
- Ballester, A., Cervera, J., Castelló, S., Flores, C. & Cerdá, F. (2002). Asociación de tuberculosis y alcohol en pacientes de una unidad de infecciosos. *Hospital general de Valencia*, 14 (1); 9-11.}
- Bruguera, M., Guai, A., Salleras, L., Rodés, J. (1994) Cribado del consumo excesivo de alcohol. *Medicina Clínica*, 102, (1); 85-92.
- Culqui, R., Grijalva, C., Reategui, SR., Cajo, M., Suárez, A. (2005). Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. *Revista Panamericana Salud Pública*; 18 (1);14–20.
- Craig et. al., (2007). El Impacto de factores sociales en el manejo de tuberculosis. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5); 418-424.
- Consejo Nacional contra las Adicciones, [CONADIC]. (2008). Encuesta Nacional de las Adicciones, tabaco alcohol y otras drogas. México. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdf/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, [CONADIC]. (2002). Encuesta Nacional de las Adicciones, tabaco, alcohol y otras drogas. México, recuperado el 22 de febrero de 2010, de
- De la Fuente, J. R. & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35 (2); 47-51.
- Flynn, J. y Bloom, B. (1996) Papel de las citocinas T2 y T1 en la respuesta a *Mycobacterium tuberculosis*. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York*, 795; 137-146.
- Fernández, J., Echeburúa, E. (2001). El consumo de alcohol: un reto para la salud, *Salud y drogas*, 1 (1); 17-39.

- Gullón et. al., (2007) Tabaquismo y negativización bacteriológica del esputo en la tuberculosis pulmonar. *Medicina Clínica de Barcelona*, 128 (15); 565-568.
- Laine, R., Scatena, T., Pillon, S. (2005). Influencia del alcohol en pacientes con tuberculosis que están en tratamiento. *Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)*, 1 (1).
- Lozano, J., Plasencia, C., Ramos, D., García, R., Mahíquez, L. (2009). Factores de riesgo socioeconómico de la tuberculosis pulmonar en el municipio de Santiago de Cuba, *Medisan*, 13 (1).
- López, M. (2004). Patrón de consumo de alcohol en población con Diabetes Mellitus. *Tesis de maestría inédita*, Facultad de Enfermería, monterrey, N.L.
- López, A. (2001). Apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. *Tesis de maestría inédita*, Facultad de Enfermería, monterrey, N.L.
- Moran, A., Harbour, D., Larry, D., Teeter, James, M., Graviss, E. (2007). Is Alcohol Use Associated With Cavitory Disease in Tuberculosis? *Alcohol Clin Exp Res*, 31 (1); 33–38.
- Musayón, Y. (2009). La dependencia alcohólica como factor de riesgo de tuberculosis multidrogo-resistente. Tesis de maestría, recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/musayon_of/pdf/musayon_of.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Control mundial de la tuberculosis, epidemiología, estrategia y financiación, 2002.
- Vieira, P., Bischofberger, C., Pérez, O. (2003). Estudio epidemiológico y clínico de los pacientes diagnosticados de tuberculosis en el área Noroeste de Madrid. *Med Interna*; 20; 10-15.
- Rehm J. et al., (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis, *Public Health*, 9; 450.
- Rodriguez, L. & López (2001) Apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. Tesis de Maestría, *Facultad de Enfermería*, Monterrey N.L.

- Ruiz et. al., (2008) Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis. Recuperado de http://www.elsevier.es/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=13126836
- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana ([NOM-028]-SSA2-1999). Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana ([NOM-006]-SSA2-1993). Para la prevención y control de la tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/006ssa23.html>
- Secretaría de Salud [SS] (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado el 25 de junio de 2010, de <http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap1.pdf>
- Secretaría de Salud [SS] (2008). *Rendición de cuentas en salud 2008*. Recuperado el 25 de junio de 2010, de <http://portal.salud.gob.mx/descargas.pdf>
- Secretaría de Salud [SS] (1999). *Norma Oficial Mexicana NOM- 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. México, D.F.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 25 de noviembre de 2010, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Solís, A., Alonso, M., López, K. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, *Revista Electrónica Salud Mental alcohol y drogas*, 5, (5).
- Soza, N., Pereira, S., Barreto, M. (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultado de un estudio comparativo, *Revista Panamericana Salud Publica*, 17, (4).
- Szabo, G. (1997) Contribución al alcohol inmunidad comprometida. *Alcohol, Salud y la Investigación Mundial*, 21(1); 30-41.

Tapia, C. (2001). Las adicciones Dimensión, Impacto y Perspectivas. México, DF,
Manual Moderno, 2a.edicion.

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/ena2002_2.pdf

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Sociodemográficos

Instrucciones

Los datos solicitados en este apartado son de gran importancia, por lo que solicito y agradezco sus respuestas verídicas, garantizándole que toda la información proporcionada por usted será confidencial.

I. Datos Sociodemográficos.

Edad en años cumplidos Género (1). Masculin (2). Femenin

Escolaridad/ Años de estudio Ocupación _____

Estado Civil 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión Libre

II. El historial de consumo de alcohol.

¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? 1. Si 2. No

¿Ha consumido alcohol este año? 1. Si 2. No

¿Ha consumido alcohol este mes? 1. Si 2. No

¿Ha consumido alcohol esta semana? 1. Si 2. No

¿Ingería bebidas alcohólicas antes del tratamiento? 1. Si 2. No

¿Ingería bebidas alcohólicas antes de conocer el diagnóstico? 1. Si 2. No

¿Tipo de bebida de mayor frecuencia? _____

¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? _____

Apéndice B

Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones:

De cada una de las siguientes preguntas señale la opción más adecuada a su situación particular. El termino copa equivale a una cerveza o una bebida preparada. La información que proporcione será confidencial.

1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?

0= Nunca

1= Una vez al mes o menos

2= Dos o cuatro veces al mes

3= Dos o tres veces por semana

4= Cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

0= 1 ó 2

1= 3 ó 4

2= 5 ó 6

3= 7 a 9

4= 10 o más

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido con exceso el día anterior?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

0= No

1= Sí, pero no en el último año

4= Sí, en el último año

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?

0= No

1= Sí, pero no en el último año

4= Sí, en el último año

Apéndice C

Cuestionario de Apego al Tratamiento Antituberculoso (CATA)

Lee cuidadosamente cada reactivo y marca la opción más cercana a su situación actual y sin dejar de contestar ningún reactivo.

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

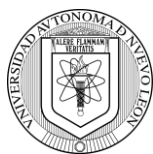
Reactivos	(N)	(A)	(F)	(R)
1.- ¿Toma los medicamentos según las indicaciones medicas?				
2.- ¿Asiste a las consultas indicadas o programadas?				
3.- ¿Colecta las muestras de flema para el examen de baciloscopia cuando se lo piden?				
4.- ¿Pregunta o se informa sobre los resultados de la baciloscopia?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

Rodríguez, 2001.

Apéndice D

Estadística descriptiva de Estado Civil y Ocupación

Estado civil		
Soltero	67	33.1
Casado	93	46.0
Divorciado	5	2.4
Viudo	2	1.2
Unión libre	35	17.3
Ocupación		
Estudiante	19	9.4
Empleado	59	29.2
Albañil	7	3.5
Obrero	40	19.8
Ama de casa	40	19.8
Profesionista	2	1.0
Ninguno	35	17.3
Si trabaja	114	56.4
No trabaja	88	43.6



Apéndice E

*Consentimiento Informado*

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Titulo del Proyecto: Consumo de alcohol y apego al tratamiento en personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar

Autor del estudio: Lic. Alejandro Villanueva García

Director de Tesis: MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Prologo:

Estamos interesados en conocer algunos aspectos sobre el consumo de alcohol y si apegan al tratamiento las personas con diagnostico de tuberculosis pulmonar, por lo que solicitamos su autorización para la participación en este estudio que el Lic. Alejandro Villanueva García desarrolla como parte de sus estudios de posgrado para alcanzar el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Este documento se llama consentimiento informado, Si acepta participar le solicitamos de la manera más atenta favor de firmar al final de este documento.

Propósito del Estudio:

Determinar el tipo de consumo de alcohol y apego en las personas con TBP que están en tratamiento, y que durante este tiempo hayan dejado de tomar sus medicamentos para la curación de su enfermedad, se le preguntaran además algunos datos sobre la edad, escolaridad, género y ocupación así mismo cual ha sido su consumo.

Descripción del estudio/procedimiento:

Se aplicará 4 cuestionarios, en un consultorio del centro de salud en un horario específico que no interrumpa con sus actividades y se cuidara en todo momento su privacidad y anonimato.

Tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento que lo desee y de ser así no tendrá ningún prejuicio en su situación personal.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuerto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que Usted lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención del consumo de alcohol y la efectividad del tratamiento.

Costos:

No existe ningún costo para usted al participar en este estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que sabrán de su participación en este estudio serán usted y los responsables del mismo. (Lic. Alejandro Villanueva García, MSP. Lucio Rodríguez Aguilar) Ninguna información proporcionada durante la aplicación de los instrumentos será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada.

Recuerde que la información que proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL] con la Dra. Raquel Alicia Benavidades Torres, que se puede localizar en la Subdirección de

Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo mi participación en este estudio y que obtengan información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando la participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del Participante _____ fecha _____ Firma del testigo (1)
relación/parentesco

Firma del Investigador Principal _____ fecha _____ Firma del testigo (2)
relación/parentesco

Apéndice F



UANL



FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Oficio FAEN No. 040/2011

DR. JESÚS ZACARIAS VILLARREAL PÉREZ
Secretario de Salud en el Estado de Nuevo León
Presente.-

Estimado Dr. Villarreal:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que el LIC. **ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA**, quien cursa el cuarto semestre del programa de **Maestría en Ciencias de Enfermería** pueda recolectar datos para su estudio de tesis titulado **"CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR"**. De ser favorecido con esta petición, se aplicarían encuestas a pacientes con Tuberculosis Pulmonar adscritos a los Centros de Salud de Monterrey su área metropolitana durante los meses de Febrero a Junio de 2011.

Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su estudio antes mencionado, el cual fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad los días 24 y 25 de Noviembre de 2010. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-804**.

Sin más por el momento, me despido de Usted, agradeciéndole de antemano las atenciones que se sirva a tener con nuestro alumno que sin duda contribuirán en el éxito de su investigación para la obtención de grado de Maestría, quedo de Usted.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, a 9 de Febrero de 2011

Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D
Secretario de Investigación



SECRETARIA DE
INVESTIGACION



UANL



FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Oficio FAEN No. 020/2011



UANL



FAEN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Oficio FAEN No. 038/2011

DR. HÉCTOR GARZA ROCHA

Jefe de Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Nuevo León
Presente.-

Estimado Dr. Garza:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que el LIC. **ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA**, quien cursa el cuarto semestre del programa de **Maestría en Ciencias de Enfermería** pueda recolectar datos para su estudio de tesis titulado **"CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR"**. De ser favorecido con esta petición, se aplicarían encuestas a pacientes con Tuberculosis Pulmonar adscritos a los Centros de Salud de Monterrey su área metropolitana durante los meses de Febrero a Junio de 2011.

Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su estudio antes mencionado, el cual fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad los días 24 y 25 de Noviembre de 2010. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-804**.

Sin más por el momento, me despido de Usted, agradeciéndole de antemano las atenciones que se sirva a tener con nuestro alumno que sin duda contribuirán en el éxito de su investigación para la obtención de grado de Maestría, quedo de Usted.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León, a 9 de Febrero de 2011


Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D
Secretario de Investigación



SECRETARIA DE
INVESTIGACION

c.c.p. archivo



Ave. Gonzalitos No. 1500 Norte C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 83 48 18 47 Ext. 112 Fax: 83 48 63 28



UANL



FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
Oficio FAEN No. 021/2011

DR. MARCO ANTONIO RODRÍGUEZ MORENO
Jefe de Jurisdicción Sanitaria No. 4 de Nuevo León
Presente.-

Estimado Dr. Rodríguez:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que el LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA, quien cursa el cuarto semestre del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería pueda recolectar datos para su estudio de tesis titulado "CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR". De ser favorecido con esta petición, se aplicarían encuestas a pacientes con Tuberculosis Pulmonar adscritos a los Centros de Salud de Monterrey su área metropolitana durante los meses de Febrero a Junio de 2011.

Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su estudio antes mencionado, el cual fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad los días 24 y 25 de Noviembre de 2010. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-804**.

Sin más por el momento, me despido de Usted, agradeciéndole de antemano las atenciones que se sirva a tener con nuestro alumno que sin duda contribuirán en el éxito de su investigación para la obtención de grado de Maestría, quedo de Usted.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, a 9 de Febrero de 2011



Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D
Secretario de Investigación



SECRETARIA DE INVESTIGACION





UANL



FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Oficio FAEN No. 022/2011

DRA. LEONOR REYES VEGA

Jefe de Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Nuevo León

Presente.-

Estimada Dra. Reyes:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que el LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA, quien cursa el cuarto semestre del programa de **Maestría en Ciencias de Enfermería** pueda recolectar datos para su estudio de tesis titulado **"CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR"**. De ser favorecido con esta petición, se aplicarían encuestas a pacientes con Tuberculosis Pulmonar adscritos a los Centros de Salud de Monterrey su área metropolitana durante los meses de Febrero a Junio de 2011.

Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su estudio antes mencionado, el cual fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad los días 24 y 25 de Noviembre de 2010. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-804**.

Sin más por el momento, me despido de Usted, agradeciéndole de antemano las atenciones que se sirva a tener con nuestro alumno que sin duda contribuirán en el éxito de su investigación para la obtención de grado de Maestría, quedo de Usted.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
 Monterrey Nuevo León, a 1º. de Febrero de 2011


Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D
 Secretario de Investigación





Ave. 1



UANL



FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Oficio FAEN No. 039/2011

DRA. MARÍA DEL SOCORRO RODRÍGUEZ FLORES

Jefe de Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Nuevo León

Presente.-

Estimada Dra. Rodríguez:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que el LIC. ALEJANDRO VILLANUEVA GARCÍA, quien cursa el cuarto semestre del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería pueda recolectar datos para su estudio de tesis titulado "CONSUMO DE ALCOHOL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR". De ser favorecido con esta petición, se aplicarían encuestas a pacientes con Tuberculosis Pulmonar adscritos a los Centros de Salud de Monterrey su área metropolitana durante los meses de Febrero a Junio de 2011.

Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su estudio antes mencionado, el cual fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad los días 24 y 25 de Noviembre de 2010. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-804**.

Sin más por el momento, me despido de Usted, agradeciéndole de antemano las atenciones que se sirva a tener con nuestro alumno que sin duda contribuirán en el éxito de su investigación para la obtención de grado de Maestría, quedo de Usted.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
 Monterrey Nuevo León, a 9 de Febrero de 2011



Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D



SECRETARÍA DE

