

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INTERFIEREN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA  
DE LA TUBERCULOSIS SENSIBLE EN EL META.

Marcela Betancourt Betancourt

Trabajo de grado dirigido por:

Elkin Rodrigo Lozada Celis

Corporación Universitaria Minuto De Dios

Programa De Psicología

Villavicencio

2018

## Agradecimientos

En primer lugar quiero dar gracias a Dios por permitirme iniciar este proceso formativo y por permitirme llevar a cabo esta investigación, a mi esposo y a mi familia por acompañarme y apoyarme durante el trayecto de mi formación académica. A la Secretaria de Salud Departamental y a la Corporación Universitaria Minuto de Dios en especial al docente Elkin Rodrigo Lozada Celis por su apoyo incondicional durante este proceso. Por su puesto a la Doctora Laura Inés Plata Casas, a mis amigas Clarivel Chicue y Edna Rodríguez y a mi compañera de aventuras Emily Juliana Lizcano.

## Tabla De Contenido

	<b>Pág.</b>
Introducción.....	5
Resumen ejecutivo.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Formulación del problema.....	10
Objetivos.....	11
Justificación.....	12
Marco referencial y antecedentes.....	15
Metodología.....	26
Analisis de datos	
.....30	30
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Referencias.....	36
Anexos.....	40

## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Caracterización Sociodemográfica.....	29
Tabla 2. Factores de riesgo psicológicos de deserción terapéutica.....	32

## Lista de anexos

	<b>Pág.</b>
Anexo1. SRQ the Self Reporting Questionnaire, 1982.....	40

## Introducción

Según el Instituto Nacional de Salud (INS), la Tuberculosis (TB) se define como una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido, siendo la tuberculosis pulmonar la forma más común de la enfermedad. El síntoma principal de esta es la tos con expectoración por más de 15 días en adultos y en niños por más de 21 días. (INS, 2016)

En el Meta según el boletín epidemiológico del cuarto trimestre de la Secretaria de Salud Departamental para el año 2016 se diagnosticaron 487 casos de Tuberculosis de todas las formas para una tasa de incidencia 45,4 casos por cada 100.000 habitantes de los cuales 425 casos fueron notificados como nuevos (87,2%), notificados como pérdida del seguimiento 24 casos correspondiente al 4,9%, 20 recaídas es decir el 4,1% y notificados como otros previamente tratados el 3,5% correspondiente a 17 casos. Los casos que egresaron como perdida en el seguimiento fueron 42 lo que corresponde al 8,6%.

Aunque existen muchos factores que interfieren en el abandono del tratamiento antituberculoso, Lara, Rodríguez y Vargas (2014) mencionan en su investigación que la depresión es un factor que interfiere en la deserción terapéutica, llevando a que los pacientes sean medicados con antidepresivos para terminar con éxito el tratamiento antituberculoso. Por otra parte Zhunio (2013) describe la presencia de factores de riesgo tales como depresión, ansiedad y falta de apoyo familiar los cuales pueden afectar la salud psíquica de las personas y desembocar en otros comportamientos peligrosos o nocivos para la estabilidad emocional y psicológica.(p.64)

En cuanto al componente psicológico en esta investigación se va a abordar a través del modelo biopsicosocial donde el aspecto biológico del modelo busca entender cómo la enfermedad se deriva del funcionamiento del organismo en interacción con el medio. El aspecto psicológico encuentra los factores que pueden llevar a la deserción terapéutica, tales como la depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida. Por su parte el aspecto social investiga cómo los diferentes factores, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología, la religión, y la interacción en los diferentes entornos ya sean laboral, social y familiar del paciente pueden influir en el comportamiento de la persona frente al tratamiento.

## Resumen Ejecutivo

La presente investigación tiene como objetivo describir los factores psicológicos tales como depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida, que intervienen en la adherencia terapéutica para el tratamiento de la Tuberculosis sensible durante los años 2016 y 2017 en pacientes que abandonaron el tratamiento en el departamento del Meta

El tipo de investigación a realizar es descriptivo retrospectivo de corte longitudinal con enfoque cuantitativo en pacientes diagnosticados con Tuberculosis sensible durante los años 2016 y 2017. El tipo de muestra del presente estudio es un censo ya que se trabajó con el 100% de la población con TB, que se perdió en el seguimiento, para el año 2016 fueron 42 pacientes y para el año 2017 fueron 27 pacientes. Los criterios de selección que se tuvieron en cuenta a la hora de escoger la muestra los pacientes con edad de 15 años en adelante que egresaron del programa como perdida en el seguimiento y residían en el Departamento del Meta.

Para realizar la investigación se tuvo en cuenta la información registrada por el Plan Departamental Control de la Tuberculosis (PDCT) y la información recogida por el The Self Reporting Questionnaire, (SRQ, 1982) o tamizaje de salud mental.

Una vez obtenidos los resultados se puede evidenciar que en cuanto a los factores de riesgo psicológicos presentes en el tamizaje de salud mental se observa que se asociaron con la pérdida en el seguimiento de los pacientes; la angustia con un 48,6%, seguido de la psicosis con un 42,9%, la depresión con un 40%, el alcoholismo con un 22,9% y la ideación suicida con un 11,4%. Aunque por su parte también es necesario resaltar que del 100% de la población el 31,4% son propensos a estar padeciendo uno o varios de los diferentes factores de riesgo descritos en el tamizaje de salud mental y 68,6% están sanos.

## Planteamiento Del Problema

Según los boletines epidemiológicos de los años 2015 al 2017 publicados por la Secretaria Departamental de Salud, la incidencia de Tuberculosis (TB) del departamento del Meta se encuentra por encima de la media nacional. Durante los años 2009 al 2014, la incidencia en el Meta en promedio fue de 42,9 casos por cada 100.000 habitantes, (SSM, 2015). Para el año 2015 fue de 44,8 casos, (SSM, 2015). Para el 2016 fue de 45,4 casos por cada 100.000 habitantes, (SSSM, 2016). Para el segundo trimestre del año 2017 fue de 12,2 casos, (SSM, 2017). La incidencia de tuberculosis para el país en 2015 y 2016 se estimó en 24,2 casos por cada 100.000 habitantes, (SSM, 2016) y a segundo trimestre del 2017 fue de 25,3 casos por cada 100.000 habitantes, (SSM, 2017). Es importante resaltar que la incidencia en TB se mide con el número de casos nuevos de Tuberculosis de todas las formas que ingresan al programa, sobre la población DANE para el periodo por cada 100.000 habitantes.

Para el Programa Departamental Control de la Tuberculosis (PDCT) uno de los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento y en la posterior deserción es el diagnóstico tardío de la enfermedad, esto se debe a múltiples causas entre las cuales se destacan: el desconocimiento por parte del personal médico, las diferentes creencias que tienen los pacientes acerca de la enfermedad, sobre todo en población indígena y la confusión de la sintomatología con otras patologías respiratorias.

Por otro lado la estigmatización de los enfermos por desconocimiento de la enfermedad es una de las causas de inadherencia al tratamiento más común y quizás una de las más complejas ya que esta se vive por parte del personal de salud, cuando estos no conocen las guías y protocolos de manejo y dan información inadecuada a los familiares, entre las cuales resaltan;

separar los utensilios de comida, quemar la ropa y enseres utilizados antes del diagnóstico y aislar en un cuarto separado al paciente, lejos de los miembros del núcleo familiar. Los familiares por su parte se alejan del paciente diagnosticado y lo ignoran debido a los diferentes mitos que existen alrededor de esta enfermedad como lo son el contagio a través de caricias y abrazos.

En cuanto a la comunidad en general se tiene la creencia de que la tuberculosis ya no existe y el encontrarse con un paciente de cerca genera temor de adquirir la enfermedad solo con hablarle, siendo este uno de los múltiples motivos que conllevan al rechazo.

Por último tenemos el factor económico, el cual afecta a los pacientes, quienes tienen que asistir todos los días de la semana a recibir el tratamiento a la IPS de atención por directriz del ministerio de salud, siendo esta es una medida de vigilancia contra los efectos adversos que puede llegar a producir la toma del tratamiento. Este hecho genera que los pacientes deserten del tratamiento ya que según el boletín epidemiológico de la Secretaria de Salud del Meta la gran mayoría de los pacientes son de Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) Subsidiadas, (SSM, 2016). Otra circunstancia son los permisos laborales que deben adquirir para poder asistir a recibir el tratamiento, debido a que hay algunas instituciones que solo tienen personal en el programa durante media jornada laboral lo que limita el horario de accesibilidad al mismo.

## Formulación del Problema

Aunque anteriormente se describieron los factores que pueden incidir en la deserción terapéutica de la Tuberculosis, también es necesario mencionar que existen factores de tipo psicológico que intervienen en la adherencia terapéutica de la Tuberculosis sensible, los cuales según el tamizaje de salud mental o SRQ, (1982) son depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida, los cuales según Zhunio (2013) pueden generar cambios en la vida personal y en la dinámica familiar del paciente incidiendo en el sufrimiento físico y emocional debido a las transformaciones de la vida cotidiana que prevalecen incluso luego de superada la enfermedad. (p.11)

En este sentido el factor psicológico es de suma importancia luego de finalizada la etapa médica o una vez abandonado el proceso, pues la relación del individuo con la familia y el entorno social son un punto de apoyo en el paciente para estabilizarse y retomar nuevamente su vida y actividades normales. (Zhunio, 2013)

La enfermedad física y a veces la carencia de soporte social percibido y efectivo afectan definitivamente la vida del enfermo, teniendo entonces que replantear sus prioridades, el adaptarse a nuevos estilos de vida, el convivir lo mejor posible con la enfermedad, haciéndose difícil el proceso de adaptación en la mayoría de los casos, si no encuentra el apoyo psicológico y soporte social suficiente. Entonces tener una enfermedad altamente contagiosa como la tuberculosis pulmonar, el entrar a un programa de tratamiento antituberculoso prolongado y supervisado, el pertenecer a una red social pequeña, los problemas familiares, sociales y económicos que tiene que vivir el paciente con tuberculosis pulmonar; podrían afectar su estado psicológico y su interacción social de forma negativa. (Torres, 2002)

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente mencionadas, se plantea entonces el cuestionamiento que orienta la presente investigación, la cual busca indagar sobre ¿Cuáles son los factores psicológicos que interfieren en la adherencia terapéutica de la tuberculosis sensible en el Meta?

## Objetivos

### General

Describir los factores psicológicos tales como depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida, que intervienen en la adherencia terapéutica para el tratamiento de la Tuberculosis sensible durante los años 2016 y 2017 en pacientes que abandonaron el tratamiento en el departamento del Meta.

### Específicos

Caracterizar sociodemográficamente los pacientes que egresaron como abandono del tratamiento durante el año 2016 y 2017.

Identificar los factores psicológicos presentes en el tamizaje de salud mental, que se asociaron con la pérdida en el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento de la tuberculosis sensible en los años 2016 y 2017 en el departamento del Meta.

## Justificación e Impacto

En Colombia la Tuberculosis es considerada una enfermedad que genera alto impacto en la salud pública debido a que si no es tratada a tiempo puede llegar a causar la muerte. Por lo que se hace necesario resaltar urgentemente el impacto emocional en los pacientes con Tb, que de acuerdo con Zhunio (2013)

“Es un factor determinante en el posterior desenvolvimiento de la persona, enfrentado sentimientos de negación, rechazo, temor, frustración, rebeldía, vergüenza o culpabilidad. Estos factores podrían tener incidencia en el comportamiento normal de la persona y en su interacción con los diferentes entornos ya sean, familiar, laboral y social. El clima psicológico que se puede generar debido al abandono del tratamiento de la Tuberculosis, constituye una amenaza para el paciente, es por tal motivo que resulta indispensable que las personas afectadas por esta enfermedad reciban atención psicológica y la adecuada orientación durante y después del proceso médico con el fin de no afectar el cumplimiento estricto de la medicación, en lo cual radica la eficacia del tratamiento”.

(p.9)

Debido a las necesidades percibidas en los pacientes con TB, la atención psicológica que reciban debe estar orientada a la aceptación de la enfermedad y el manejo de las emociones frente a la misma, es por eso que con el resultado de esta investigación se pretende orientar el rol del psicólogo frente a las necesidades del paciente y de su familia. Por otra parte también se busca describir el comportamiento de los factores psicológicos descritos en el tamizaje de salud mental o SRQ (1982) los cuales son depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida.

Es importante que el personal profesional en psicología que atienda al paciente, tenga conocimiento acerca de la enfermedad y de las afectaciones que la misma puede generar, lo que lograra que el paciente se sienta seguro y satisfecho de la atención recibida y esto le permita ser adherente al tratamiento sin ningún contratiempo. Por otro lado -es necesario eliminar las

emociones negativas y los niveles de ansiedad que el paciente pudo adquirir al momento de recibir el diagnóstico de la enfermedad, lo cual es clave para que el paciente sea adherente al tratamiento. (Zhunio, 2013).

A su vez con el resultado de esta investigación se busca que la Secretaria de Salud genere estrategias y planes de mejoramiento que brinden una atención oportuna en salud mental en los pacientes con Tb, lo que les permita mejorar su calidad de vida y finalizar su tratamiento con éxito. Por su parte los pacientes se beneficiarían recibiendo una atención integral en el área médica y psicológica, lo que les permitirá mejorar su interacción con las diferentes redes de apoyo, lo cual eliminaría la estigmatización a la que se ven sometidos en la actualidad por desconocimiento, logrando que ellos se vuelvan líderes multiplicadores, lo que permitiría que se redujera la carga de la enfermedad a nivel departamental.

De igual forma se busca incentivar a los psicólogos en formación a realizar investigaciones en el campo de psicología de la salud, lo que le permitirá no solo a ellos si no a la universidad contribuir con el mejoramiento de la problemática de nuestra región, debido a que no se han realizado investigaciones de este tipo anteriormente en el departamento del Meta.

## Marco referencial

El marco referencial de esta investigación está dividido de la siguiente manera, en primer lugar se encuentran las estadísticas de la enfermedad a nivel mundial, nacional, local y las bases epistémicas, seguido de los antecedentes que preceden esta investigación a nivel mundial y nacional.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 a nivel mundial se presentaron 10,4 millones de casos de personas que se enfermaron por Tb, de los cuales 1,8 millones murieron a causa de esta enfermedad, en países de ingresos medios y bajos. (OMS, 2017) Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporto que en América, en 2012, se estima que hubo aproximadamente 276000 casos incidentes, de los cuales el 67 % están en América del Sur, en los países Brasil y Perú los cuales aportaron el 43% de estos casos. (OPS, 2013)

En Colombia según el Instituto Nacional de Salud, (INS) para el 2017 se notificaron al Sistema de Vigilancia de Salud Pública Colombiano (SIVIGILA) 14480 casos de tuberculosis todas las formas, de los cuales 13055 fueron casos nuevos, la incidencia de tuberculosis es de 26,5 casos por 100 000 habitantes, por lugar de residencia, Amazonas registra la mayor incidencia con 59,0 casos por 100 000 habitantes y la de menor tasa Boyacá con 8,5 casos por 100 000 habitantes. La tasa de incidencia de la tuberculosis todas las formas han ido en aumento pasando de 24,0 casos por 100 000 habitantes en el 2014 al 26,3 casos por 100 000 habitantes para el 2017. (INS, 2018)

Para el Departamento del Meta, la Secretaria Departamental de Salud (SSM) público en el boletín epidemiológico a semana 24 de 2018 que se notificaron al SIVIGILA 232 casos de

tuberculosis del departamento, de los cuales 198 corresponden a casos nuevos, por lo tanto la incidencia de tuberculosis para el departamento a este periodo fue de 22,8 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo con el lugar de residencia, Puerto Gaitán registra la mayor incidencia con 42,3 casos por 100.000 habitantes, seguido por los municipios de Puerto Lleras con 42,1 casos por 100.000 habitantes y finalmente se encuentra el municipio de Villavicencio con una incidencia de 32,9 casos por cada 100.000 habitantes. Sumados a los tres municipios mencionados con anterioridad El Castillo, Restrepo y Barranca de Upia superan la incidencia del departamento. (SSM, 2018)

La Tb se define según el Instituto Nacional de Salud (INS, 2016)

Como una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido, sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la Pulmonar, cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, denominándose a la persona que presente esta condición como sintomático respiratorio; esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso.

Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones, pronóstico y tiempo de enfermedad; se puede encontrar desde una infección de latencia o evolución lenta hasta una reactivación focal o diseminación y compromiso de múltiples órganos, lo cual hace difícil su diagnóstico por parte del clínico, quien podría no identificar el caso oportunamente. La Tb es curable y afecta principalmente a poblaciones que presentan factores de riesgo como enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, trasplantes, factores inmunosupresores, entre otros, el cual incrementa en más del 20 % el riesgo de desarrollar Tb. (p. 5).

Los factores de riesgo por su parte se describen “como elementos que participan en la determinación de la enfermedad, algunas personas que atraviesan situaciones difíciles donde se ve alterado el estado emocional, el organismo les produce respuestas autoadquiriendo un concepto negativo”. (Vicente, 2014) Según Goleman (2012)

“Dentro de estos factores encontramos un predominio de variables emocionales como la ansiedad, la depresión, el rechazo a la enfermedad y la falta de motivación. Estas reacciones son experimentadas por todos los seres humanos en múltiples situaciones, son bastante independientes de la cultura, y se considera que preparan al individuo para dar una respuesta adecuada a las demandas de la situación”. (p. 76).

Para esta investigación al hablar de factores de riesgos resaltaremos específicamente los mencionados por el SRQ (1982), los cuales describiremos a continuación:

La **depresión** se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018)

“Como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño del individuo que la padece y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio”.

La **angustia** también se considera un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) definen como:

“Una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados”. (p. 27).

De la misma manera en la **psicosis** “los síntomas y duración son variados pero se caracterizan por ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o

gravemente desorganizado”. (Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2010, p.24)

La **ideación suicida** es considerada un síntoma grave dentro de la Escala de Evaluación de la actividad global. Este síntoma se presenta en muchos de los trastornos mentales, está especialmente presentes en los trastornos del humor o afectivos y es uno de los criterios diagnósticos de Depresión Mayor y constituye un evento diferenciador del duelo si la persona lo ha sufrido anteriormente, junto con otros síntomas. (Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2010, p.28) por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1983) la define como

“Los síntomas más comunes que se encuentran en el paciente suicida son obviamente *las ideas suicidas* o algún *acto* que indique las intenciones de quitarse la vida o haber realizado algún acto suicida en el pasado. Además, es importante determinar si se trata de un paciente deprimido, pues son estos los que con más frecuencia tienen ideas suicidas”.

Finalmente el **alcoholismo** según la OPS (1983) se define como “el trastorno que sufre una persona al ingerir licor con frecuencia y exceso, de tal forma que le puede ocasionar problemas de toda índole en los diferentes entornos ya sean familiar, laboral, social, psicológico, personal y físico”. El consumo alcohol y las drogas durante el tratamiento de la 34 tuberculosis, son los factores de riesgo más altos de abandono, y que cambian el curso de recuperación y rehabilitación agravando su salud. (Vicente, 2014)

La adherencia a un tratamiento se define según Basterra (1999) como la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico y se presenta por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social y de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus

características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente. (p. 97 – 106) Por su parte Plata (2015) define el abandono del tratamiento antituberculoso como la no asistencia a tomar tratamiento por más de 30 días consecutivos. La adherencia al tratamiento, según Vicente (2014) se relaciona de manera importante con la calidad y calidez que recibe el paciente por el personal de salud, así como el apoyo otorgado por la familia. Además del número de fármacos, reacciones adversas y el acceso a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que esta investigación se está realizando desde el campo de la Psicología de la salud, la cual se define según Stone (1988) como el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológicas a las acciones del sistema de salud y de acuerdo con Morales (1997) quien desde su perspectiva la define como:

“La rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente”. (p. 671)

Por su parte el término Salud se conoce según la OMS (2018) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por el contrario Enfermedad se conoce como la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. (OMS, 2007) A su vez La Salud Mental es un campo complejo, un bien colectivo e individual, de naturaleza simbólica, emocional y relacional, un bien deseable que contribuye al desarrollo humano y social. El campo de la salud mental está constituido por las formas en que las personas

significan la realidad y cómo ella incide en los modos de relación y resonancia emocional.

(Gobernación de Antioquia, 2010)

De acuerdo con Martin (2003) La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población, donde la adherencia terapéutica está presente a partir del momento del diagnóstico, y en la asimilación de la prescripción médica, y depende no solo del paciente sino de diferentes factores y actores que logre cumplirse siendo de gran ayuda para la población en general y para el sector salud.

Teniendo en cuenta lo anterior el modelo psicológico escogido para el desarrollo de esta propuesta de investigación es el modelo o enfoque biopsicosocial el cual según Bishop (1996) se define como un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles. (P.60-61)

El modelo bio-psico-social de la salud y de la enfermedad asume que la influencia de lo biológico, psicológico y social compromete un sistema complejo de interacciones, los cuales determinan la salud personal, la vulnerabilidad, y la reacción ante la enfermedad, (Torres, 2002) La premisa básica de este modelo es que la enfermedad en sí misma no se restringe netamente a un órgano, si no que afecta al organismo como un todo, de igual forma la salud es condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede ser afectada a través de cada uno de ellos. Tomoshok (1996, citado por Torres, 2002).

Para el caso concreto de la Tuberculosis el componente biológico del modelo busca entender cómo la enfermedad se deriva del funcionamiento del organismo en interacción con el medio.

El componente psicológico encuentra los factores que pueden llevar a la deserción terapéutica, tales como la depresión, angustia, psicosis, alcoholismo e ideación suicida. Por su parte el aspecto social investiga cómo los diferentes factores, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, la tecnología, la religión, y la interacción en los diferentes entornos ya sean laboral, social y familiar del paciente pueden influir en el comportamiento de la persona frente al tratamiento. Por su parte León (2006) afirma que desde el modelo biopsicosocial la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad.

Sulmasy, (2002, citado por Valiente & García, 2010) ha formulado una nueva perspectiva, catalogada como modelo biopsicosocial-espiritual. A partir de éste, se consideraría la dimensión espiritual junto a la biológica, psicológica y social, que serían integradas holísticamente por cada persona. En función de este modelo, y desde una interpretación amplia de espiritualidad, se sugiere que el paciente desembocaría en el ámbito clínico portando una historia espiritual, un estilo de afrontamiento asociado a su religiosidad, una situación actual de bienestar espiritual y unas específicas necesidades espirituales. Además, algunos de estos factores servirían como variables independientes de cara a pronosticar el modo de afrontar, espiritualmente, cada una de las fases de su proceso patológico. Por otra parte, este modelo plantea un eje bidireccional de influencias recíprocas entre el estado espiritual concreto del paciente y su correspondiente estado biopsicosocial. Fernández (1993) en la lucha contra la Tuberculosis en Inglaterra y Gales menciona que fueron determinantes las mejoras de vida; es decir; la salud de los individuos es el resultado de la interacción de factores biológicos y sociales.

## Antecedentes

En cuanto a los antecedentes del estudio los encontrados a nivel internacional hablan principalmente de depresión y falta de apoyo familiar. A nivel nacional se han realizado pocas investigaciones frente a los factores psicológicos de deserción terapéutica en Tb, a nivel local solo se ha realizado una investigación que habla de factores asociados a la no adherencia al tratamiento pero no se resaltan los psicológicos.

A continuación se relacionan las investigaciones que se tomaron en consideración:

Zárate (1999) realizó un estudio prospectivo longitudinal de cohorte único, en el cual se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de TB pertenecientes a los Centros de salud del cono norte de Lima, el resultado arrojó que el 28.5% de los pacientes desertaron en el tratamiento por factores psicológicos como depresión moderada, autoconcepto bajo y satisfacción familiar media.

Torres (2002) realizó un estudio comparativo en enfermos con Tuberculosis pulmonar diagnosticados con baciloscopia positiva en pacientes nuevos, previamente tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. Del estudio se pudo concluir que presentan mayores niveles de depresión los pacientes crónicos, ya que los síntomas presentados fueron de moderado a severo mientras que los pacientes nuevos y previamente tratados presentaron sintomatología de leve a moderado. En cuanto al soporte social se pudo identificar que las redes de apoyo son mínimas para los tres grupos. Las redes de soporte social de los enfermos con TB son pequeñas, ya que durante la enfermedad sólo recurren a sus familiares cercanos, no considerando a otras organizaciones dentro de la comunidad (iglesia, comedores, clubes, establecimiento de salud, etc.) las cuales podrían brindarle algún tipo de soporte que la familia no puede satisfacer).

Por su parte, Soza, Pereira y Barreto (2005) sostienen

“Que tienen más factores de riesgo para abandonar la farmacoterapia antituberculosa, los pacientes de sexo masculino. Por otra parte los pacientes con residencia inestable o que vivían en la calle así como los cambios de domicilio durante el tratamiento, el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de drogas ilícitas, al igual que las dificultades de acceso a los servicios de salud y un concepto negativo de la atención recibida. Quienes vivían en la calle o no tenían domicilio estable presentaron un riesgo tres veces mayor de desistir de la farmacoterapia”. (p.277).

Álvarez, Álvarez, Dorantes y Halperin (2007) realizaron un estudio de investigación titulado "Percepciones y prácticas relacionadas con la TB y la adherencia al tratamiento en Chiapas". Cuyo objetivo fue conocer las percepciones y prácticas que los enfermos de TB tienen sobre su enfermedad y la Adherencia al tratamiento, siendo las conclusiones del mismo: El desconocimiento sobre la enfermedad propicio la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico- paciente influyó en el retardo en el diagnóstico y la falta de adherencia al tratamiento .

Arrossi, Herrero, Greco y Ramos (2008) Realizaron un estudio titulado "Factores asociados a la no- adherencia al tratamiento de la Tuberculosis: revisión de la literatura". Cuyo objetivo fue determinar cuáles han presentado una mayor asociación con la no adherencia al tratamiento antituberculoso, siendo las conclusiones del mismo: La adherencia al tratamiento intervienen múltiples factores como el tiempo disponible para acudir a las consultas respecto al centro de tratamiento en la residencia urbana o rural, el desempleo, el nivel de salario bajo, donde se evidencia el alcoholismo, drogas, la desconfianza hacia los profesionales médicos, un conocimiento inadecuado sobre la prevención y control de la enfermedad, y el miedo o estigma ligado a la enfermedad, que indican que se trata de un proceso multidimensional.

En Cuenca Ecuador Zhunio (2013) realizó un estudio con el cual pretendía identificar cuáles eran los factores psicológicos que llevaron a los pacientes a abandonar el tratamiento antituberculoso encontrando que “ en general se observó una estabilidad de los pacientes respecto a la aceptación y tratamiento de la enfermedad, sin embargo fue evidente la presencia de factores de riesgo tales como depresión, ansiedad y falta de apoyo familiar los cuales pueden afectar la salud psíquica de las personas y desembocar en otros comportamientos peligrosos o nocivos para la estabilidad emocional y psicológica”.(p.64)

Según una investigación realizada por Lara, Ramírez y Vargas (2014)

“Mediante la comparación de varios grupos de enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos versus enfermos tuberculosos pulmonares, destacan varios aspectos de índole social y económica. Así como notorios componentes depresivos que deben ser tomados en cuenta para la atención de los tuberculosos. Se explica el mecanismo psicológico que causa el abandono del tratamiento o algunas actitudes del enfermo tuberculoso pulmonar frente a su enfermedad y su atención médica, basándose en datos objetivos. El empleo de fármacos antidepresivos es un auxiliar importante en la terapéutica de los enfermos crónicos tuberculosos. Proviene complicaciones psicológicas y la deserción o el rechazo de la atención médica”. (p.77).

En cuanto al nivel nacional Quintero, Rincón y Ojeda (2013) realizaron un estudio, el cual tenía como objetivo determinar los factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso, en pacientes de tuberculosis en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario y el Zulia. Dicho estudio permitió conocer las variables asociadas al abandono del tratamiento antituberculoso y clasificar los factores de riesgo mediante agrupaciones etiológicas. En primer lugar se encontraron los factores perceptivos cognitivos (desconocimiento de la importancia de adherencia al tratamiento por parte del paciente, mejoría del estado de salud durante la toma del tratamiento, desconocimiento de la duración del tratamiento antituberculoso y desagrado con la atención del personal de salud a la hora de recibir el tratamiento). En segundo lugar están los

factores fisiológicos (Alcoholismo) seguido de los factores de seguridad (desempleo e inaccesibilidad al plan obligatorio de salud).

En el municipio de Santiago de Cali, Rodríguez y Mondragón (2014) titularon su investigación “Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del incumplimiento o no de adherencia al tratamiento farmacológico y la asociación de esta con los factores determinantes intrínsecos y extrínsecos de pacientes con tuberculosis del Centro de Salud “Manuela Beltrán”. De esta investigación se pudo concluir que de los factores asociados, los relacionados con la atención y la calidad de los servicios prestados por el equipo de salud, fueron los significativos en la no adherencia terapéutica.

Finalmente a nivel local Plata (2015) menciona que los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antituberculoso fueron principalmente; algunos factores no modificables como la edad y el género, y factores modificables tales como; efectos adversos a los medicamentos (58%), inadecuada atención del personal de salud (43%), dificultad de acceso al servicio (32%); cambio de domicilio, fallas en la información dada por parte del personal de salud, cambio de empresa promotora de salud (EPS) (10% cada una).

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que las principales causas de no adherencia al tratamiento y posteriormente deserción del mismo tienen que ver principalmente con necesidades socioeconómicas e interacción del personal de salud con el paciente, en cuanto a la parte psicológica solo se relaciona la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.

## Metodología

### Tipo de investigación

El tipo de investigación que se realizó fue descriptivo retrospectivo de corte longitudinal con enfoque cuantitativo, el cual según Sampieri, Fernández y Baptista (2010) “busca especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias de un grupo o población”. (p.92) Se define retrospectivo, “aquellos cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de archivos o de lo que los sujetos o los profesionales refieren. Se consideran longitudinales los estudios en los que existe un tiempo entre las distintas variables, de forma que puede establecerse una secuencia temporal entre estas”. (p.93)

En el presente estudio se pretende describir los factores psicológicos que intervienen en la adherencia terapéutica para el tratamiento de TB sensible en el Meta, para se tendrá en cuenta la información recogida por el SRQ (1982), el cual es aplicado a los pacientes al inicio del tratamiento por el personal de salud que maneja el programa de la IPS asignada.

### Población

La población objeto para realizar este proyecto de investigación son los pacientes que tuvieron como condición de egreso perdida en el seguimiento de TB durante los años 2016 y 2017 en el Departamento del Meta.

## **Muestra**

El tipo de muestra del presente estudio es un censo ya que se va a trabajar con el 100% de la población con TB, que se perdió en el seguimiento, para el año 2016 fueron 42 pacientes y para el año 2017 fueron 27 pacientes.

Los criterios de selección que se tuvieron en cuenta a la hora de escoger la muestra fueron los relacionados a continuación:

Edad: de 15 años en adelante

Ser diagnosticado con tuberculosis pulmonar

Egresar del programa como perdida en el seguimiento

Residir en el Departamento del Meta

Haber diligenciado el SRQ (1982) al momento del diagnóstico de la TB

## **Instrumentos**

Para la realización del presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta la información arrojada por el tamizaje de salud mental o SRQ The Self Reporting Questionnaire, (1982), para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental, este instrumento fue desarrollado por la OMS y validado en varios países de América Latina incluyendo Colombia. Este instrumento puede ser aplicado a personas de 15 años de edad en adelante.

La puntuación se obtiene sumando el número de respuestas positivas. El cuestionario tiene varias partes: las primeras 20 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad, como los depresivos, angustia y otros. Once o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un " caso". Las preguntas 21 a 24 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina también un " caso". La respuesta positiva a la pregunta 25 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a 30 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un " caso".

## **Procedimiento**

El procedimiento de recolección de la información se realizó a partir de la información obtenida y suministrada por la Secretaria Departamental de Salud, ya que desde junio de 2016 la aplicación del tamizaje de salud mental o SRQ The Self Reporting Questionnaire, (1982) era un requisito obligatorio para la solicitud del tratamiento de los pacientes que ingresan al programa, según lo rige la circular 001 de 2016 del Plan Departamental Control de la Tuberculosis (PDCT).

En primera instancia se revisó el libro de seguimiento a pacientes para determinar el número de pacientes que egresaron como perdida en el seguimiento durante los años 2016 y 2017. Luego se caracterizaron sociodemográficamente de acuerdo a las variables que registra el libro de seguimiento a pacientes del PNCT. Finalmente se realizó la recolección de los tamizajes de los pacientes que se perdieron en el seguimiento durante los años 2016 y 2017 en el departamento

del Meta y se realizó la tabulación y el análisis de la información mediante las herramientas Microsoft Excel® 2010 y Spss V.12

## Análisis de datos

Una vez obtenidos los resultados de esta investigación los presentamos y analizamos de acuerdo a los objetivos propuestos.

En primer lugar se da respuesta al primer objetivo propuesto que es caracterizar sociodemográficamente los pacientes que egresaron como perdida en el seguimiento, para lo cual el Programa departamental control de la Tuberculosis (PDCT) reporta que durante el año 2016 se diagnosticaron 422 pacientes con TB de los cuales 42 egresaron como perdida en el seguimiento, una vez solicitados los tamizajes de salud mental aplicados a los pacientes al inicio del tratamiento por parte del personal de la IPS de manejo solamente fueron enviados 8 los cuales correspondían a las IPS que manejan un volumen bajo de pacientes. Por su parte durante el año 2017 fueron diagnosticados 522 pacientes con Tuberculosis, y según el PDCT a 30 de marzo de 2018, fecha en que se cierra la cohorte de pacientes a segundo trimestre de 2017 habían egresado 27 pacientes con perdida en el seguimiento del año 2017 de los cuales se obtuvo el 100% de los tamizajes.

Tabla 1. Caracterización Sociodemográfica

	<b>Resultado</b>	<b>Total N=35</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	74,3%	26
Femenino	25,7%	9
<b>Edad</b>	Media 38,3 Desv. Estándar 14,8 Rango (17 - 81)	35
<b>Año de ingreso</b>		
2016	22,9%	8
2017	77,1%	27
<b>Municipio de procedencia</b>		
Acacias	2,9%	1
Granada	8,6%	3
Puerto Gaitán	5,7%	2

Puerto López	8,6%	3
Villavicencio	71,4%	25
Vistahermosa	2,9%	1
<b>Pertenencia étnica</b>		
Otro	97,1%	34
Indígena (Sikuani)	2,9%	1
<b>Grupo Poblacional</b>		
Habitante de calle	28,6%	10
Otros	71,4%	25
<b>Tipo de Tb</b>		
Pulmonar	97,1%	34
Extrapulmonar ( Pleural)	2,9%	1

---

Fuente: Programa Departamental Control de la Tuberculosis (2016 y 2017)

De acuerdo a los resultados obtenidos en la caracterización sociodemográfica se observa que el sexo con mayor incidencia es el masculino con un 74,3%, seguido del femenino con un 27,5%. En cuanto a la edad el rango de los participantes está entre los 17 a los 81 años con una media de 38,3. Según el año de ingreso predomina el año 2017 con un 100% seguido del año 2016 con un 22,9%. Por su parte el municipio de procedencia que más reporta casos es Villavicencio con 71,4%, seguido de Granada y Puerto López con un 8,6 % cada uno, Puerto Gaitán con un 5,7% y finalmente Acacias y Vistahermosa con un 2,9% cada uno.

Al comparar estos resultados con las investigaciones realizadas anteriormente se encuentra que Plata (2015) resalta en su investigación titulada “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis” que el sexo de mayor incidencia en los pacientes dx con TB para el año 2012 en Villavicencio (Meta) fue el masculino con un 75%. En cuanto a la edad el promedio fue de 30 años con un mínimo de 21 y un máximo de 49 años, lo que nos deja en claro que las personas de la tercera edad son propensas a adquirir la enfermedad por ser considerada población vulnerable.

Una vez comparados los resultados frente al nivel nacional en Norte de Santander se observa que Quintero, Rincón y Ojeda (2013) en su investigación titulada “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB” encontraron que en su mayoría, los pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso fueron del sexo masculino con un 64.7%, predominando el rango de edad de 45-54 años, siendo en su mayoría solteros con 37.5% y con un nivel educativo de secundaria el 50%.

Por su parte en el municipio de Santiago de Cali, Rodríguez y Mondragón (2014) en su investigación obtuvieron como resultado que el 62,8% de los pacientes era de sexo masculino y que 58,6% estaban en el rango de edad entre 20 y 40 años, el nivel de escolaridad solo el 29,5% llegó hasta el bachillerato, el 56,8% hasta la primaria y el 13,6%, no había estudiado.

La pertenencia étnica Otro es la que sobresale dentro de los pacientes con un 97,1%, y tan solo un 2,9% pertenece a los indígenas del resguardo Sikuaní (Puerto Gaitán). Respecto a los grupos poblacionales resalta el grupo Otros con un 71,4% seguido del Habitante de calle con un 28,6. Finalmente en cuanto al tipo de Tuberculosis la pulmonar es la más incidente con un 97,1% seguido de la extrapulmonar pleural con un 2,9%.

Dando respuesta al segundo objetivo propuesto se encuentra que los factores de riesgo psicológicos de deserción terapéutica según el SRQ (1982) o tamizaje de salud mental, la angustia está presente con un 48,6%, seguido de la psicosis con un 42,9%, la depresión con un 40%, el alcoholismo con un 22,9% y la ideación suicida con un 11,4%. De acuerdo con lo anterior y según los resultados arrojados el 31,4% de los pacientes son considerados un caso y el 68,6% de los pacientes se encuentran sanos.

Tabla 2. Factores de riesgo psicológicos de deserción terapéutica

	<b>Resultado</b>	<b>Total N=35</b>
<b>Ideación suicida</b>		
Presente	11,4%	4
Ausente	88,6%	31
<b>Depresión</b>		
Presente	40%	14
Ausente	60%	21
<b>Angustia</b>		
Presente	48,6%	17
Ausente	51,4%	18
<b>Psicosis</b>		
Presente	42,9%	15
Ausente	57,1%	20
<b>Alcoholismo</b>		
Presente	22,9%	8
Ausente	77,1%	27
<b>Total Srq</b>		
Sano	68,6%	24
Caso	31,4%	11

Fuente: Instrumento SRQ The Self Reporting Questionnaire,(1982)

Para Zhunio (2013) en su investigación el 64% de los pacientes presentan ansiedad una vez que han tenido conocimiento de la enfermedad. Teniendo en cuenta que la ansiedad es un síntoma de la angustia y está presente con un 48,6% en los pacientes que se perdieron en el seguimiento en esta investigación se hace necesario indagar si se deriva antes o después del diagnóstico de la TB.

Por su parte en el estudio realizado por Zarate (1999) en el cual se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar pertenecientes a los Centros de salud del cono norte de Lima. Se encontró que el 28.5% de los pacientes abandonó el tratamiento por factores psicológicos tales como depresión moderada (42.3%), autoconcepto bajo (46.5%) y satisfacción familiar media (48%). Concluyendo en que los puntajes elevados de síntomas depresivos, puntajes bajos de autoconcepto,

satisfacción familiar y la condición previa al tratamiento se asocia significativamente al abandono del tratamiento antituberculoso , de los cuales los más importantes son la sintomatología depresiva moderada severa y el abandono previo. Teniendo en cuenta estas puntuaciones para el caso de esta investigación los factores psicológicos que más interfieren en la adherencia terapéutica en TB son la angustia con un 48,6%, seguido de la psicosis con un 42,9% y la depresión con 40%.

Torres (2002) en su estudio comparativo en enfermos con Tuberculosis pulmonar diagnosticados con baciloscopia positiva en pacientes nuevos, previamente tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social, concluyo que presentan mayores niveles de depresión los pacientes crónicos, ya que los síntomas presentados fueron de moderado a severo mientras que los pacientes nuevos y previamente tratados presentaron sintomatología de leve a moderado.

Teniendo en cuenta que estos resultados fueron obtenidos del tamizaje que se aplicó al momento del diagnóstico y al inicio del tratamiento, se hace necesario considerar una aplicación a la mitad y al finalizar el tratamiento para confirmar que la presencia de estos factores psicológicos se deben realmente al padecimiento de la enfermedad y no por causas externas que llegan durante el transcurso de la enfermedad.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta que esta investigación es de enfoque cuantitativo, se puede concluir que los factores que interfieren en la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis se encuentran principalmente en los pacientes de género masculino con un 74,3% , seguido del femenino, de edades entre los 17 y 81 años, procedentes principalmente de los municipios de Villavicencio, Granada, Puerto López, Puerto Gaitán, Acacias y Vistahermosa. Teniendo como pertenencia étnica Otro e indígenas del resguardo Sikuni ubicado en el municipio de Puerto Gaitán Meta. Por su parte los grupos poblacionales que más inciden en los pacientes que egresan en el seguimiento son los Otros y los habitantes de calle. En cuanto al tipo de Tuberculosis la Pulmonar es la que más está presente en los pacientes que se pierden en el seguimiento, seguido de la extrapulmonar pleural.

En cuanto a los factores de riesgo psicológicos presentes en el tamizaje de salud mental se observa que se asociaron con la pérdida en el seguimiento de los pacientes; la angustia con un 48,6%, seguido de la psicosis con un 42,9%, la depresión con un 40%, el alcoholismo con un 22,9% y la ideación suicida con un 11,4%. Aunque por su parte también es necesario resaltar que del 100% de la población el 31,4% son propensos a estar padeciendo uno o varios de los diferentes factores de riesgo descritos en el tamizaje de salud mental y 68,6% están sanos.

Teniendo en cuenta lo anterior y una vez el paciente sea intervenido por el profesional en psicología se espera que los factores de riesgo desaparezcan, pero para ello se considera necesario realizar una aplicación del SRQ de control a la mitad y al finalizar el tratamiento.

## Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos y las conclusiones realizadas en esta investigación y teniendo en cuenta diálogos informales con diferentes actores del sistema de salud departamental se sugieren las siguientes recomendaciones:

Priorizar la consulta por psicología al momento del diagnóstico e inicio del tratamiento de los pacientes para realizar seguimiento a los resultados que arroja el tamizaje de salud mental al inicio del tratamiento.

Capacitar previamente al personal de psicología que valore los pacientes que ingresan programa, para así brindar una atención integral y oportuna al paciente.

Teniendo en cuenta que el 31,4% de los pacientes pueden estar padeciendo enfermedad mental se sugiere realizar remisión a la especialidad de psiquiatría.

Desarrollar actividades de prevención y promoción por parte del programa de psicología, para disminuir el consumo de alcohol y la sintomatología en cuanto a los factores de riesgo que describe el tamizaje de salud mental durante el tratamiento.

Realizar actividades grupales donde se integren a los pacientes y sus familias para desvirtuar todos los mitos y así reducir el estigma y la discriminación a los que son sometidos los pacientes.

Para próximas investigaciones se recomienda tener en cuenta los resultados de los tamizajes de control en los pacientes, al igual que ampliar la búsqueda en cuanto a los factores psicológicos que interfieren en la deserción terapéutica, ya que según los resultados pueden ser otros diferentes a los descritos en el tamizaje de salud mental.

## Referencias

- Álvarez-Gordillo, G. D. C., Álvarez-Gordillo, J. F., Dorantes-Jiménez, J. E., & Halperin-Frisch, D. (2007). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública de México*, 42, 520-528.
- Arrossi, S., Herrero, M. B., Greco, A., & Ramos, S. (2011). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento de la tuberculosis: revisión de la literatura. *CEDES, Área de Salud, Economía y Sociedad. Buenos aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad*, 1-37.
- Basterra, G. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*, (1), 97-106
- Bishop, P. (1996). Health psychology: integrating mind and body. 60-61
- Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2010). Familia con-trato digno: intervención integral en salud mental 2008-2011. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/262588026/Tamizajes-DSSA-descriptivos>
- Fernández, J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de psicología*, 9(2), 121 – 139.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud. (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública Tuberculosis. Recuperado de <http://www.clinicamedihelp.com/documentos/protocolos/PRO%20Tuberculosis.pdf>

- Lara.H., Rodríguez.L., & Vargas.R. (2014). Indices de depresión en los enfermos con tuberculosis pulmonar, un estudio controlado. *Salud Pública de México*, 16(1), 71-78.
- León Rubio, J. M. (2006). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial: Bases para la construcción de una psicología social de la salud. *Lusíada. Psicología (Porto)*, 3, 75-94.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281
- Morales, F. (1997). Introducción a la psicología de la salud. Hermosillo, México: UNISON.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (1983). Recuperado de <https://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Plata-Casas, L. I. (2015). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(2), 26
- Quintero, C. N., Rincón, J. L. R., & Ojeda, J. L. M. (2013). Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(1), 19-27.
- Secretaria de Salud del Meta. (2015). Boletines epidemiológicos Tuberculosis Sensible. Recuperado de [http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y\\_publicaciones?Tipo=Boletines](http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y_publicaciones?Tipo=Boletines)
- Secretaria de Salud del Meta. (2016). Boletines epidemiológicos Tuberculosis Sensible. Recuperado de [http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y\\_publicaciones?Tipo=Boletines](http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y_publicaciones?Tipo=Boletines)

- Secretaria de Salud del Meta. (2017). Boletines epidemiológicos Tuberculosis Sensible.  
Recuperado de [http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y\\_publicaciones?](http://saludmeta.gov.co/es/novedades/boletines-y_publicaciones?Tipo=Boletines)  
Tipo=Boletines
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1).
- Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML (2005). Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(4):271–8.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), 15-26.
- Torres Uría, M. R. (2002). Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social.
- Valiente, C. & García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica, *Psicogeriatría*, 2 (3):153-165.
- Vicente, Q., & Catherine, B. (2014). Factores psicológicos y sociales relacionados a la adherencia del tratamiento antituberculoso en pacientes adultos que acuden a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis del Centro de Salud los Libertadores San Martín de Porres, 2014.
- Zarate, H. (1999). Factores determinantes del Abandono de tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Zhunio, O. (2013). Factores psicológicos de riesgo por el abandono del tratamiento antifímico en los pacientes que acuden al Área de Salud N° 1 Pumapungo. Trabajo de grado para optar por el título de Licenciada en enfermería, facultad de ciencias médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4931>

## Anexo 1

SRQ the Self Reporting Questionnaire, 1982. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental

	SÍNTOMAS	SI	NO
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre de temblor de manos?		
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿No puede pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		